Nr. 49. 8. grudnia 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Anastazy LANDAU, Benedykt GLASS i Jakób BAUER. Warszawa.

O zaburzeniach trawiennych ze strony żołądka i trzustki w schorzeniach pęcherzyka żółciowego[1]).

Z I-go oddziału wewnętrznego Szpitala Wolskiego w Warszawie. Kierownik: Dr. A. Landau.

Wstęp.

Rozpoznanie schorzenia pęcherzyka żółciowego często napotyka na wielkie trudności. Do codziennych należą przypadki, w których o schorzeniu tem świadczą typowe napady kolki żółciowej, ale częstsze są przypadki ukrytego schorzenia pęcherzyka żółciowego. Dowiadujemy się o nich dopiero z ust chirurga lub z karty sekcyjnej. Statystyka Hornowskiego z Zakładu Anat. Patol. U. W. wykazuje w 14% ogólnej ilości sekcji obecność kamicy żółciowej. Odsetek kamicy, rozpoznanej w szpitalu, jest znacznie mniejszy.

Autorzy dawniejsi dzielą chorych kamicowych na „nosicieli kamieni żółciowych" (Gallensteinträger) i na „cierpiących na nie" (Gallensteinleidende), a Riedel podaje 95% dla pierwszych i 5% dla drugich. Z biegiem czasu stosunek ten się zmienił. Moynihan i Mayo twierdzą już kategorycznie, że niema kamicy żółciowej bez objawów klinicznych, całkiem utajonej. A więc wszystko sprowadza się do należytej interpretacji skarg chorego i wyniku badań fizykalnych i laboratoryjnych. Cały szereg dolegliwości brzusznych, uważanych dawniej przeważnie za pierwotne żołądkowe lub jelitowe, składa się obecnie na bogaty zespół cierpień zwrotnych, zależnych od schorzenia pęcherzyka żółciowego.

Najtrudniejszemi do rozpoznania są zamaskowane postacie schorzeń pęcherzyka żółciowego. Do takich w pierwszym rzędzie należą postacie, przebiegające jako dusznica bolesna (forme angineuse Chiray'a), opisywana przez Lian'a, Weissenbacha, Parturiera, Chauffarda, z polskich autorów przez Rożkowskiego. Najliczniejszą jest jednak grupa schorzeń pęcherzyka żółciowego, przejawiająca się klinicznie w postaci dolegliwości żołądkowych, dyspeptycznych — forme gastralgique Chiray'a. Nawet napady kolki żółciowej przebiegać mogą pod tą postacią; zazwyczaj kolka żółciowa ludzi w podeszłym wieku przybiera tę postać poronną.

W każdym razie, obecność w obrazie chorobowym jakiegokolwiek objawu żołądkowego nakazuje myśleć o pęcherzyku żółciowym, jako pierwotnem źródle choroby.

Ze wszystkich zaburzeń dyspeptycznych 25% według Blackforda i Dwyera powstaje na tle schorzenia pęcherzyka żółciowego. Tego samego zdania jest Ramond. Bliskość anatomiczna narządów jamy brzusznej, wspólne unerwienie, synergja czynności wpływają na to, że zaburzenie funkcji jednego z organów odbija się na narządach sąsiednich. Żołądek, dwunastnica, trzustka i wątroba pracują w ścisłej korelacji i są najbardziej narażone na wytrącenie z równowagi fizjologicznej w razie schorzenia jednego z nich.

W pracy swej posługiwać się będziemy określeniem „schorzenie pęcherzyka żółciowego", co odpowiada pojęciu cholecystopatji Bergmanna i Westphalla. Pod określeniem tem rozumieć będziemy wszelkie stany zapalne i kamicę pęcherzyka żółciowego, bez względu na ich postać anatomiczną.

Cel pracy.

Pomimo wielkiej liczby prac, poglądy co do zachowania się czynności wydzielniczej żołądka i trzustki w schorzeniach pęcherzyka żółciowego nie są całkowicie uzgodnione. Z tego względu podjęliśmy ten temat. Zadaniem naszem jest wykazanie, jak zmienia się zdolność wydzielnicza żołądka i trzustki w zależności od cierpienia pęcherzyka, jakie czynniki wpływają na tę zmianę, i jakie objawy podmiotowe są podejrzane i powinny skierować uwagę naszą na możliwość ich pochodzenia zwrotnego z pęcherzyka żółciowego.

Objawy kliniczne.

Objawy kliniczne, jako rzeczy powszechnie znane, omówimy pokrótce.

Stosunek czasu występowania dolegliwości żołądkowych do zjawiania się pierwszych wyraźnych objawów schorzenia pęcherzyka żółciowego może być najróżnorodniejszy. Dolegliwości żołądkowe mogą być zwiastunami kolki (signes prodromiques Chiray'a), mogą o parę miesięcy lub nawet lat wyprzedzać pierwsze objawy pęcherzykowe (Kauffman) i składać się na obraz t. zw. dyspepsie initiale des lithiasiques (Fiessinger), mogą one towarzyszyć jedynie napadowi kolki żółciowej lub ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego, a nieraz mogą być stałym towarzyszem lub nawet jedynym wykładnikiem procesu, toczącego się w pęcherzyku żółciowym.

Charakter dolegliwości żołądkowych, o jakich mowa, jest niejednolity i niestały. Zjawiają się one czasem bez związku widocznego z przyjmowanym pokarmem, bądź też uchwycić można pewien rytm ich zjawiania się lub nasilania. Według podziału schematycznego Loepera, występować mogą dolegliwości żołądkowe przed jedzeniem (préprandiales), natychmiast po jedzeniu (postprandiales), późno po jedzeniu, lub też utrzymywać się stale.

Chorzy skarżą się na pobolewania o nieokreślonym charakterze, uczucie rozpierania, ściskania, ssania w dołku lub podżebrzach, na zgagę lub palenie za mostkiem (Mayo i Moynihan, Cotte i Bresse, Loeper, Janowski). Często słyszy się skargi na „słaby, nerwowy żołądek" (Bergmann), mowa jest o nietolerancji dla pokarmów takich jak tłuszcz, tłuste sery i mięsa, majonezy, lody, alkohol, a nawet dolegliwości te, według Fiessingera, w połączeniu z dreszczykami i gęsią skórką pozwalają nieraz ustalić właściwe rozpoznanie. Chorzy zazwyczaj cierpią na zaparcie stolca. Skarżą się na brak łaknienia; często spotkać się można z obawą przed jedzeniem z powodu dolegliwości, występujących po przyjęciu pokarmu. Słyszymy o odbijaniach, które są wyrazem istniejącej aerofagji, częstej w stanach zapalnych pęcherzyka żółciowego (Brulé i Garban), a według Maubana patognomonicznej dla utajonej postaci zapalenia pęcherzyka żółciowego, przebiegającej bez napadów. Powstawanie aerofagji tłumaczą autorzy obfitym ślinotokiem (często towarzyszącym schorzeniom pęcherzyka) i skurczem wpustu (Loeper, Fiessinger).

Dokuczają chorym mdłości, występujące po jedzeniu lub w czasie napadów o niedostatecznem nasileniu dla wywołania wymiotów. Wymioty, męczące chorych, występują zazwyczaj podczas napadu kolki. Nieraz sprawiają one chorym ze zwrotnem nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego ulgę i z tego powodu bywają umyślnie wywoływane. Wymioty częstszym są według Katscha towarzyszem schorzeń pęcherzyka żółciowego niż organicznych cierpień żołądka. Zjawiają się natychmiast, w 1/2 godz., lub w 4—5 godz. po jedzeniu, i są uwarunkowane bądź to falą skurczową, która, postępując od pęcherzyka i przewodów żółciowych, dociera do żołądka (Katsch), bądź też są wyrazem nietolerancji odruchowej śluzówki żołądka na pokarm, lub też wyrazem podrażnienia nerwu błędnego (Held i Gray).

Wreszcie wspomnieć trzeba o napadach gwałtownych bólów — epigastralgji — o t. zw. crises gastralgiques Chauffarda, ostatnio w polskiem piśmiennictwie opisanych przez Nussbauma i Oury'ego, wielce podobnych w obrazie i przebiegu klinicznym do przełomów żołądkowych pochodzenia wiądowego. Butner, Holzknecht i Luger, Schlesinger tłumaczą ich powstanie, jako silny, odruchowy skurcz żołądka.

Niezmiernie rzadko spotykanym objawem dyspeptycznym jest t. zw. diarrhée prandiale, opisana już przez Linossiera, wspomniana przez Loepera i Chauffarda, a przez Chiray'a podniesiona do godności jednego z trzech zespołów pęcherzykowych. Jest to biegunka, występująca natychmiast po spożyciu obfitego posiłku (obiadu lub kolacji), lub też w czasie jedzenia deseru (Chiray). Zjawia się ona okresowo, zazwyczaj raz dziennie. (Śród naszych chorych objaw ten zanotowaliśmy zaledwie 2 razy).

---

[1]) Praca wygłoszona na XIII. Zjeździe Przyrodników i Lekarzy Polskich w Wilnie.

Zestawienie przypadków.

Z materjału naszego z lat 1926—28 wybraliśmy 145 przypadków kamicy i stanów zapalnych pęcherzyka żółciowego z całkiem pewnem rozpoznaniem, potwierdzonem przeważnie przez chirurga lub roentgenologa.

Z liczby tej 110 przypada na kobiety, 35 — na mężczyzn. Rozpatrywać będziemy wszystkie przypadki wspólnie, gdyż różnic w przebiegu sprawy chorobowej nie spostrzegaliśmy.

We wszystkich tych przypadkach wykonano zgłębnikowanie żołądka. W większości przypadków stosowano śniadanie próbne Ewald-Boasa, rzadziej alkoholowe; w razach wątpliwych stosowano zgłębnikowanie frakcjonowane po śniadaniu alkoholowem Ehrmanna, lub koffeinowem Katscha i po zastrzyku $^1/_2$ mgr. histaminy (Koskowski, Carnot i Libert). Uważaliśmy jako miarodajne dla braku kw. solnego cyfry dla HCl do 2 cm^3, dla podkwaśności — w granicach od 2 cm^3 do 20 cm^3, dla nadkwaśności — powyżej 40 cm^3 wolnego HCl (Kwasotę oznaczamy w cm. sześć. $^1/_{10}$ norm. ługu sodowego, miareczkowania dokonywano przy pomocy dwumetyloamidoazobenzolu, jako wskaźnika).

Celem uzyskania większej przejrzystości posługiwać się będziemy w zestawieniach odsetkami.

1. Zachowanie się chemizmu żołądka w całkowitej liczbie przypadków.

Zestawienie wyników zgłębnikowania wykazało:

Kwasotę prawidłową	w 48,9% ogólnej liczby przypadków.
Podkwaśność	w 24,9% ogólnej liczby przypadków.
Brak kw. solnego	w 6,2% ogólnej liczby przypadków.
Nadkwaśność	w 20,0% ogólnej liczby przypadków.

Powyższe zestawienie wykazuje znaczną przewagę stosunków prawidłowych; w przypadkach ze zmienioną czynnością wydzielniczą żołądka przeważa podkwaśność nad nadkwaśnością. Podobne zestawienia autorów przedstawiają się w sposób następujący:

Autor	L. przyp.	Norma w %	Podwaśn. w %	Podw. br.: kw. soln. w %	Brak HCl	Nadkwaś.
Nasze	145	48,9	24,9		6,2	20,0
Lachman	20			75,0		
Ohly	43		28,0		56,0	
Rhode	?		73,0			
Fravel	?	18,0	47,0		26,0	9,0
Rydgaard	471		52,0			
Gatewood	192		•	45,0		
Umber	203	45,0	17,9		23,3	14,8
Hurst i Bonnard	?				40,0	23,3
Kelling	254				30,0	
Emura	84	39,3	8,3		28,6	23,8
Ramond	21	33,0	23,0			42,0
Koch	21				5,0	61,0

Z innych autorów Janowski, Hohlweg, Oettingen, Lecene, Glaser, Loeper, Cassel piszą o przewadze podkwaśności, Hernando — o braku kw. solnego, Fenwick, Hayem, Riegel — o przewadze nadkwaśności, Griffits i Simmitski — o nadkwaśności ze wzmożonym sokotokiem. Hartmann i Sager zestawili 492 przypadki, w których nie było wolnego kw solnego i okazało się, że 18,11% przypada na schorzenia pęcherzyka żółciowego. Podobne zestawienie 420 przypadków podkwaśności wykazało udział cierpienia pęcherzyka żółciowego w 16,0%, a z 331 przypadków nadkwaśności — jedynie w 10,0%. Jak widzimy, większość autorów przypisuje podkwaśności częstsze i łatwiejsze kojarzenie się ze sprawą pęcherzykową. Wyniki otrzymywane przez autorów różnią się jednak znacznie. Objaśnić się to daje zbyt małą liczbą zestawionych spostrzeżeń (np. Ramond, Koch, Ohly, Emura, Lachman), bądź też pewną jednostronnością w doborze przypadków (co do wieku chorych, czasu trwania choroby i jej przebiegu).

2. Wpływ wieku pacjenta na chemizm żołądka.

Wiek pacjenta bezwzględnie wpływa na zdolność wydzielniczą żołądka. Umber, Faber, Kuttner i inni uważają, że podkwaśność jest stałą niemal towarzyszką wieku podeszłego. Wobec tego podkwaśność chorych z cholecystopatją w tym wieku może być sprawą samoistną, niejako fizjologiczną, a nie wtórną, wywołaną przez schorzenie pęcherzyka żółciowego.

Przyjmując jako linję graniczną 40-y rok życia — okres przełomowy w naszych warunkach dla kobiet, a nieraz i dla mężczyzn, otrzymaliśmy w schorzeniach pęcherzyka żółciowego:

	normę w %	podkw. w %	brak HCl w %	nadkw. w %
do 40 r. życia	57,0	22,6	1,0	19,4
po 40 r. życia	34.6	28,4	15,8	21.1

A więc z wiekiem rzeczywiście zmniejsza się liczba chorych, posiadających prawidłowy chemizm żołądka, wzrasta znacznie liczba przypadków z brakiem kw. solnego, mniej znacznie liczba przypadków podkwaśności.

3. Wpływ czasu trwania choroby na chemizm żołądka.

Podczas napadów i w okresach początkowych choroby żołądek reaguje przeważnie nadkwaśnością (Hohlweg, Bergmann, Katsch, badania Ohly'ego odnośnie do przypadków świeżych, nie trwających dłużej ponad 6 miesięcy). Z czasem nadkwaśność przechodzi zazwyczaj w podkwaśność. Przejście to może trwać krócej (Katsch — do paru miesięcy), lub dłużej. Dane nasze wykazują:

Czas trwania	norma w %	podkw. w %	brak HCl w %	nadkw. w %
do 1 roku	58,7	22,1	1,3	17,9
powyżej 1 roku	44,1	23,2	10,5	22,2

Potwierdza to wnioski powyższych autorów. Musimy jednak zaznaczyć, że równoległości ścisłej między występowaniem podkwaśności, a czasem trwania choroby nie stwierdziliśmy, mianowicie w szeregu przypadków po 10—20 latach trwania choroby wykrywaliśmy nadkwaśność, gdy w innych po 3—5 latach zgłębnikowanie wykazywało podkwaśność. Wynik zestawienia powyższego przemawia za tem, że wraz z czasem trwania choroby zmniejsza się liczba przypadków o chemiźmie prawidłowym, zwiększa się natomiast liczba przypadków z brakiem wolnego HCl oraz nadkwaśności.

4. Wpływ przebiegu sprawy chorobowej na chemizm żołądka.

W zależności od charakteru przebiegu sprawy chorobowej podzieliliśmy materjał nasz na 3 grupy: 1) przebieg z przewagą napadów w obrazie klinicznym, 2) brak napadów — dolegliwości żołądkowe dominują w obrazie klinicznym, 3) postać mieszana z przewagą dolegliwości żołądkowych i nielicznemi tylko napadami.

Z ogólnej liczby przypadków — 45,5% przypada na grupę pierwszą, 39,3% na drugą i 15.2% na trzecią. Podział ten ma na celu wykazanie, jak wpływa przebieg chorobowy na zdolność wydzielniczą żołądka.

Mianowicie okazało się:

	norma w %	podkw. w %	brak HCl w %	nadkw. w %
w grupie I-ej	36,3	24,4	14,0	24,3
w grupie II-ej	57,9	21,5	3,0	17,6
w grupie III-ej	59,0	27,3	—	13,7

Jak widzimy, w grupie pierwszej t. j. o przewadze napadów, mamy znaczne zmniejszenie stosunków prawidłowych przy zwiększeniu znacznem liczby przypadków z brakiem wolnego HCl, nadkwaśnością i podkwaśnością. Wobec tego, że w grupie I-ej otrzymaliśmy największą liczbę odchyleń od normy, sprawdziliśmy w niej zależność chemizmu żołądka od czasu trwania choroby. Wynik był następujący:

Czas trwania choroby	norma w %	podkw. w %	brak HCl w %	nadkw. w %
do 1 roku	52,0	24,0	4,0	20,0
powyżej 1 roku	26,0	26,4	18,8	28.8

Cyfry te dobitnie wykazują wpływ czasu trwania choroby na wydzielanie żołądka przy przewadze napadów w obrazie chorobowym.

5. Wpływ stanu zapalnego pęcherzyka żółciowego na chemizm żołądka.

W zestawieniach dotychczasowych nie uwzględnialiśmy czynnika zapalnego — rozpatrywaliśmy schorzenia pęcherzyka żółciowego bez względu na to, czy przebiegały one z gorączką czy też

bezgorączkowo. Wobec tego jednak, że szereg autorów (Bergmann, Westphal, Katsch) jest zdania, iż zmiany wydzielnicze żołądka mogą być uwarunkowane przez przejście stanu zapalnego z pęcherzyka i dróg żółciowych na ścianę żołądka, zestawiliśmy przypadki o mniej więcej podobnym charakterze sprawy chorobowej, różniące się jedynie przebiegiem ciepłoty. Mianowicie z pośród 23 kobiet w wieku od 25 do 36 lat o trwaniu choroby poniżej 2 lat, o charakterze napadowym (od 2 do 6 napadów w czasie choroby) u 13 w czasie napadów ciepłota dochodziła do 38°, w okresie międzynapadowym ciepłota utrzymywała się do 37°5°, u 10 chorych schorzenie przebiegało całkiem bez gorączki. Zgłębnikowanie żołądka, dokonywane zazwyczaj w 3 do 5 dni po ustąpieniu gorączki, wykazywało:

w %	normę	podkw.	nadkw.
w przebiegu bezgorączkowym	50,0	20,0	30,0
w przebiegu gorączkowym	46,1	30,7	23,2

Wynik zestawienia powyższego przemawia za tem, że stan zapalny pęcherzylka żółciowego może przyśpieszyć występowanie podkwaśności.

Rolę czynnika zapalnego w występowaniu podkwaśności potwierdza również wynik zgłębnikowania żołądka w ostrem zapaleniu dróg żółciowych. W 13 przypadkach kamicy lub zapalenia pęcherzyka żółciowego, powikłanych ostrem zapaleniem dróg żółciowych, przebiegających z ciepłotą do 39°, o trwaniu od 1 do 3 tygodni, z żółtaczką, zgłębnikowanie żołądka, dokonane między 2 a 6 dniem po powrocie ciepłoty do normy, wykazało w 8-u zdolność wydzielniczą żołądka prawidłową, w 3-ch — zmniejszoną, w 2-ch brak było wolnego HCl. A zatem w 38,4% czynność wydzielnicza była upośledzona.

6. Wpływ braku czynności pęcherzyka żółciowego na mechanizm żołądka.

Momentem, przyspieszającym występowanie podkwaśności i braku HCl jest brak czynności pęcherzyka żółciowego — l'insuffisance cholécystique Chiray'a. W pierwszym rzędzie wpływać więc będzie operacyjne usunięcie pęcherzyka żółciowego (Rydgaard, Rhode, Katsch, Hohlweg, Aldor, Miyake, Rovsing). Natomiast szereg autorów jak Rost, Hartman i Rivers, Thomsen, Dhal Iversen twierdzi, że cholecystektomja nie zmienia chemizmu żołądka. Zbyt mała liczba przypadków pooperacyjnych nie pozwala nam na wypowiedzenie własnego zdania.

Rhode wykazał, że bezsok żołądkowy występuje w 25,0% w kamicy pęcherzykowej, a w 75,0% przypadków z kamieniem w przewodzie pęcherzykowym. W materjale naszym mieliśmy zaledwie 11 przypadków niedrożności przewodu pęcherzykowego i w tym: w 7 przypadkach kwasota soku żołądkowego była prawidłowa, w 2-ch — zmniejszona, w 1 — zwiększona i w 1 — brak było wolnego HCl. Jest to zbyt mała liczba spostrzeżeń dla wyciągania jakichkolwiek wniosków.

Nie jest wyłączonem, że momentem decydującym tutaj jest nie tyle brak czynności pęcherzyka żółciowego wskutek zaczopowania przewodu pęcherzykowego przez kamień lub zarośnięcie jego, ile, że przypadki uwięzgnięcia kamienia przebiegają zazwyczaj z uporczywie powtarzającemi się napadami.

Zaburzenia wydzielnicze trzustki, towarzyszące schorzeniom pęcherzyka żółciowego.

Szeroko omawiany jest udział trzustki w schorzeniach pęcherzyka żółciowego. Kehr podaje, że 33,0% wszystkich schorzeń trzustki towarzyszy schorzeniom pęcherzyka. O częstym jej udziale w kamicy żółciowej piszą Riedel, Koerke, Opie, Judd, Quenu i Duval, a już Dieulafoy wypowiedział pogląd, że każdej kamicy żółciowej towarzyszy uszkodzenie trzustki. Tego samego zdania są Katsch i Okińczyc. Mayo i Robson określają częstość występowania zwrotnego uszkodzenia trzustki w razie zatkania kamieniem przewodu żółciowego wspólnego na 80,0%, Piersol i Bockus twierdzą, że w przypadkach schorzenia pęcherzyka żółciowego, trwających ponad 2 lata, w 85% występuje uszkodzenie trzustki.

Zaburzenia wydzielnicze trzustki dotyczyć mogą bądź czynności wewnątrzwydzielniczej bądź zewnątrzwydzielniczej.

Niedomoga wewnątrzwydzielnicza trzustki może być trwała lub przejściowa, powstała na drodze odruchu. Tym ostatnim tłumaczyć będziemy występowanie cukromoczu podczas napadu kolki żółciowej. Sprawę tę uważa Umber za dość częstą, Okińczyc przypisuje jej nawet znaczenie rozpoznawcze. W naszym materjale szpitalnym nie spotykaliśmy się z tem ani razu.

Trwałe zwrotne uszkodzenie aparatu dokrewnego trzustki nie jest rzeczą rzadką. (Katsch). Początek cukrzycy często wiąże się z przebytem schorzeniem pęcherzyka żółciowego. Wöhrmann podkreśla, że częstość wspólnego występowania tych cierpień przemawia raczej za związkiem przyczynowym, niż za przypadkowem współistnieniem.

Prócz uszkodzenia trzustki na drodze odruchowej, spotykamy się z przewlekłem zapaleniem jej miąższu, jako sprawą wtórną, podporządkowaną schorzeniu pęcherzyka żółciowego.

Zdania co do patogenzy tego uszkodzenia nie są jednolite. Według Quenu i Duvala brak żółci jako czynnika przeciwzakaźnego w dwunastnicy umożliwia przenikanie zarazków z niej do trzustki. Barlebs, Deaver, Bernhard i inni twierdzą, że zakażenie trzustki idzie z pęcherzyka drogą naczyń chłonnych. Arnsperger uważa, że drogą infekcji są naczynia chłonne i gruczoły limfatyczne. Hess i Poly są zdania, że zakażona żółć jest głównym przenośnikiem infekcji; poglądowi temu przeczą wyniki badań doświadczalnych Manna i Giordano z kliniki Mayo. Według Schmidta, zakażenie szerzyć się może przez sąsiedztwo z zapalnie zmienionego przewodu żółciowego na głowę trzustki.

Klinicznie będziemy mieli w tych przypadkach zazwyczaj niedomogę wydzielniczą trzustki w postaci zmniejszenia ilości lub braku zaczynów trawiennych. Chorzy tacy zwykle cierpią na brak łaknienia, nieraz na rozwolnienia, skarżą się na schudnięcie. W kale tych chorych nieraz wykrywamy liczne kuleczki tłuszczów obojętnych i włókna mięsne o zachowanem prążkowaniu podłużnem i poprzecznem.

Pracownia wykrywa niedomogę zewnątrz-wydzielniczą trzustki przez określanie zaczynów w treści dwunastniczej. Zgodnie z zapatrywaniami Chiray'a i Blondela, Carnota i Liberta za miarodajny i swoisty zaczyn trzustkowy uważać należy jedynie lipazę. Zaburzenia w trawieniu białka (zaczyn tryptyczny), jak i skrobji (zaczyn diastatyczny) mogą być zamaskowane przez odpowiednie zaczyny żołądka i śliny.

Badanie naszego materjału klinicznego wykazało na 46 przypadków w 55% zmniejszenie ilości lipazy. Musimy się jednak zastrzec, że w przeważnej części przypadków badanie na fermenty robiono jedynie w zawartości dwunastniczej I-ej lub II-ej a nie, jak radzą Chiray i Blondel, Labbé na soku dwunastniczym, sztucznie wzbogaconym w zaczyny przez zastrzyk przez zgłębnik eteru (Katsch, Labbé) lub mleka (Chiray i Blondel). Możliwem jest, że odsetek upośledzonej funkcji trzustki byłby wtedy mniejszy, zbliżyłby się do cyfr otrzymanych przez Chiray'a, a mianowicie na 16 przypadków schorzeń pęcherzyka żółciowego otrzymał on zaledwie w 3-ch, czyli w 18,7% zmniejszenie ilości zaczynów.

Z pośród 25 przypadków, w których badanie wykryło zmniejszenie ilości lipazy, jedynie w 4 przypadkach chorzy skarżyli się na okresowo występujące rozwolnienia. Również tylko w 3 przypadkach mikroskopowe badanie kału wykazało charakterystyczne zmiany dla niedomogi czynnościowej trzustki. Wynika z tego, że określanie ilości lipazy pozwala na wykrywanie niewielkich uszkodzeń miąższu trzustki, nie dających jeszcze zaburzeń trawiennych.

Z czynników, wywierających wpływ szkodliwy na miąższ trzustki, na pierwszem miejscu stoi czynnik zapalny. Z 46 przypadków schorzenia pęcherzyka żółciowego, w których dokonano zgłębnikowania dwunastnicy, 18 przebiegało bezgorączkowo, w 34 natomiast notowano podniesienia ciepłoty. Otóż w grupie bezgorączkowej w 60% znaleziono ilość zaczynów prawidłową, w 40% zmniejszoną. W grupie drugiej — w 30% ilość zaczynów była prawidłowa, w 70% — zmniejszona. Również w 2 przypadkach ostrego zapalenia dróg żółciowych, przebiegających z ciepłotą do 39° i żółtaczką, badanie soku dwunastniczego wykazało zmniejszenie ilości zaczynów trzustkowych. (Zgłębnikowanie wykonywano zawsze w 7 do 10 dni po ustąpieniu gorączki.). Wyniki są bardzo dobitne: uszkodzenie aparatu zewnątrzwydzielniczego trzustki występuje niemal dwa razy częściej w stanach zapalnych pęcherzyka żółciowego niż w cholecystopatji bezgorączkowej.

Jak zaznaczyliśmy wyżej, Quenu i Duval stoją na stanowisku, iż brak żółci w dwunastnicy sprzyja uszkodzeniu bakteryjnemu trzustki. Badania nasze potwierdzają ten pogląd. Mianowicie w 6 przypadkach żółtaczki mechanicznej, przebiegających z całkowitem odbarwieniem stolców, z wysoką bilirubinemją (od 10 do 15 jedn. V. d. Bergha) ilość lipazy była zmniejszona. Zgłębnikowanie wykonano w okresie ustępowania żółtaczki.

Musimy się jeszcze zastanowić, czy istnieje widoczny związek między niedomogą wydzielniczą żołądka i trzustki. Ehrmann, Lederer, Karsch, Friedrich, Kuttner, Krieger są

zdania, że zmniejszonej zdolności trawiennej towarzyszy zastępczo zwiększona praca trzustki. Glaessner, Schmidt, Matko, uważają, że brak kw. solnego powoduje jej czynnościową niedomogę. Gross twierdzi, że przypadkom bezsoku żołądkowego, przebiegającym z rozwolnieniami, z reguły towarzyszy bezsok trzustkowy.

Zestawienie wyników naszych badań wykazuje, że zmniejszenie ilości, względnie brak zaczynów trzustkowych występuje

w 42,1% przy kwasocie soku żołądkowego prawidłowej
w 37,6% przy kwasocie soku żołądkowego obniżonej,
w 20,3% przy kwasocie soku żołądkowego zwiększonej,

Wynika z powyższego, że niema wyraźnego związku i równoległości między niedokwaśnością a zmniejszeniem ilości zaczynów trzustkowych. Zgadza się to z poglądami Bitorfa, który uważa jednoczesność występowania tych dwóch objawów za rzecz niezmiernie rzadką. Jeśli wykrywamy bezsok żołądkowo-trzustkowy, mamy niemal z reguły do czynienia z jakimś swoistym czynnikiem chorobowym, który podziałał jednocześnie na oba te narządy; zdarza się to wyłącznie w niedokrwistości złośliwej, jak to wykazali Landau i Rząśnicki, Landau, Cygielsztrajch i Fejgin, Landau i J. Glass.

Zakończenie.

Zestawienia powyższe wykazują, że schorzenia pęcherzyka żółciowego w dużym odsetku prowadzą do zmiany czynności wydzielniczej żołądka i trzustki.

Jak wiadomo, nerwem ruchowym pęcherzyka żółciowego, zarówno jak żołądka i jelit jest nerw błędny. Jest on również nerwem wydzielniczym żołądka. W trzustce n. błędny rządzi tworzeniem się wydzieliny w pęcherzykach gruczołowych, natomiast przesuwanie się wydzieliny do przewodów reguluje n. współczulny.

Bolesne i natarczywie powtarzające się skurcze pęcherzyka żółciowego prowadzą do zachwiania równowagi wegetatywnej, zupełnie tak samo, jak długotrwałe drażnienie prądem elektrycznym powoduje podrażnienie układu nerwu błędnego (Griffits). W ten sposób powstaje odruch trzewno-sercowy z wybitnem zwolnieniem tętna (podczas napadów), odruchy trzewno-trzewne; a więc: trzewno-żołądkowy, trzewno-trzustkowy i t. d. Musimy dodać, że podrażnienie n. błędnego wystąpić może bez typowej kolki, bez sensacji bólowych z pęcherzyka. Powstawanie i źródło bólu jest rzeczą zbyt złożoną, by się niemi na tem miejscu zajmować. Zaznaczymy jedynie, że Loeper twierdzi, iż tłem dla bólu i odruchu bólowego jest zapalenie nerwu.

W ten sposób powstaje I-szy okres zaburzeń żołądkowych, który możnaby nazwać okresem zmian czynnościowych. Charakterystyczną jego cechą jest przewaga układu nerwu błędnego.

Pamiętać jednak należy o znacznych różnicach indywidualnych. Inaczej będzie wyglądała przewaga układu n. błędnego u sympatykotonika, inaczej u człowieka przeciętnie normalnego, inaczej znów u wagotonika, względnie u chorego z wagotonją przewodu pokarmowego. Najbardziej cierpieć będą osobniki t. zw. napiętnowani wegetatywnie (Bergmann), będący najpodatniejszem podłożem dla zaburzeń układu roślinnego. Jeśli dołączy się jeszcze czynnik psychiczny — wglądanie w swój ból, analizowanie jego, — wytworzy się błędne koło t. zw. cercle vicieux psychosplanchnique de renforcement (Grasset), co wydatnie zwiększa dolegliwości chorego.

Pomimo skarg chorych na dolegliwości o typie nadkwaśnym, większość chorych wykazuje przy zgłębnikowaniu żołądka normalne stosunki wydzielnicze; jest to to, co Katsch określa nazwą „acidismus"; względnie chorzy mają skłonność do nadkwaśności i wzmożonego sokotoku. Na ekranie widzimy stosunki prawidłowe, nieraz wzmożenie ruchów robaczkowych żołądka, niekiedy nawet skurcz odźwiernika. Klinicznie uderza nas niestałość bólów; jednego dnia chory zje obfity, ciężki i tłusty obiad bez dolegliwości, następnego dnia po djetetycznej kolacji dostanie gwałtownych bólów. Istnienie w tym okresie przewagi układu n. błędnego potwierdzają efekty lecznicze. Zwykłe leczenie niestrawności często nie daje żadnego rezultatu. Najlepiej reagują chorzy na atropinę, belladonnę, brom, środki dezynfekujące żółć i słabo żółciopędne.

Nie możemy określić czasu trwania I-go okresu. Zależeć to będzie od czynników ustrojowych, od postępowania i przebiegu pierwotnej sprawy chorobowej. W statystyce naszej przyjęliśmy dowolnie jako czas trwania — 1 rok. Zaznaczyć jednak musimy, że spotykaliśmy przypadki, w których okres ten trwał krócej lub dłużej.

Przejście do okresu 2-go jest zazwyczaj nieuchwytne. Okres 2-i nazywamy okresem zmian anatomicznych. Charakterystycznem jest dla niego dołączenie się nieżytu śluzówki żołądka, zapalenie miąższu trzustki. Czynników prowadzących do nieżytu żołądka jest wiele: odruchowe z dróg żółciowych uszkodzenie sił obronnych śluzówki w połączeniu z długotrwałem drażnieniem przez nadkwaśny lub nawet normalny sok żołądkowy (Katsch), przejście stanu zapalnego z zapalnie zmienionych dróg żółciowych na ściankę żołądka (Aldor), częściowe lub całkowite zaleganie treści pokarmowej wskutek zrostów pęcherzykowo-dwunastniczo-odźwiernikowych, często połączonych ze skurczem odźwiernika; zrosty te przemieszczają część przyodźwiernikową ku górze i w prawo aż pod wątrobę i utrudniają czynność wydalniczą żołądka (Ramond). Na ekranie widzimy początkowo hyperperystaltykę żołądka (Schlesinger, Holzknecht i Liger, staltykę żołądka (Schlesinger, Holzknecht i Lüger, czaj przechodzi w jego hypotonję, często połączoną z późniejszem opuszczeniem żołądka. W przeważnej części przypadków przewlekły nieżyt prowadzi do podkwaśności: dzieje się to najczęściej w przypadkach o przebiegu napadowym.

L'estomac des biliaires Loepera — żołądek chorych na pęcherzyk żółciowy, zachowuje się w sposób nieco bardziej odmienny, aniżeli to widzimy w przebiegu organicznych cierpień żołądka. Brak zmian w chemiźmie przy uporczywych dolegliwościach żołądkowych w wywiadach — przemawiać będzie za utajonem schorzeniem pęcherzyka żółciowego. Z drugiej strony podkwaśność chorych cierpiących na napady kolki żółciowej, świadczy o zwrotnem pochodzeniu dolegliwości żołądkowych.

Piśmiennictwo.

1) Bergmann: Med. Klin. N. 22, 1928. — 2) Bergmann. Deutsch. med. Wochenschr. N. 42, 1926. — 3) Bergmann: Deutsch. med. Wochenschr. N. 40, 1927. — 4) Arnsperger: Münch. med. Woch. N. 14. 1911. — 5) Boas: Diagnostik u. Ther. d. Magenkrankheiten, Thieme, Leipzig, 1925. — 6) Brulé et Garban: Angiocholites et cholécystites, Tr. d. path. med. et. thér. appl. XII. — 7) Brulé et Garban: Pr. med. N. 18, 1923. — 8) Candelon: Troubles dyspept. initiaux de la lithiase biliaire, Th. d. Paris, 1920. — 9) Cassel: Les dyspepsies cholélithiasiques, Th. d. Paris, 1919. — 10) Chauffard: La lithiase biliaire, Masson, Paris, 1922. — 11) Chiray et Pavel: Pr. med. Nr. 24, 1927. — 12) Chiray et Pavel La vésicule biliaire, Masson, Paris, 1927. — 13) Chiray et Lebon: Pr. med. N. 42, 1927. — 14) Chiray et Blondel: L'insuffisance pancréatique, Masson, Paris, 1926. — 15) Cotte et Bresse: Troubles dyspept. d'origine biliaire, Rev. d. chir. 1912. — 16) Ewald: Sp. Path. u. Ther. inn. Krankh. Kraus-Brugsch. — 17) Faber: Akute u. chronische Gastritis, ibidem. — 18) Faroy: Malad. d. pancréas, Tr. d. path. med. et ther. appl. XII. — 19) Fiessinger: La lithiase biliaire, ibidem. — 20) Fravel: Amer. journ. of med. sc. CLIX, 1920. — 21) Graham and Peterman: Arch. of surg. IV, 1922. — 22) Guillaume: Varctonies, sympathicotonies, neurotonies, Masson, Paris, 1928. — 23) Hartman and Sager: A statistical study of the diagnostic value of anacidity, — 24) Hartman and Sager: A statistical study of the diagnostic value of hypoacidity. — 25) Hartman and Sager: A statistical study indicating the diagnostic value of hyperacidity. Coll. pap. of The Mayo clin. XVIII, 1926. — 26) Hartman and Rivers: Arch. of int. med. N. 2, 1928. — 27) Held und Gray: Die Krankheiten der Gallenblase, Erg. d. ges. Med. X, 1927. — 28) Hernando: Arch. d. mal. d. l'app. dig. VIII, 1914—15. — 29) Hohlweg: Dtsch. Arch. f. klin. Med. CVIII, 1912. — 30) Iversen: Lyon chirurgic. XXI, 1924. — 31) Janowski: Polsk. arch. med. wewn. II, 1922. — 32) Judd: Am. journ. med. ass. LXXIII, 1921. — 33) Katsch: Dtsch. med. Woch. N. 36. 1928. — 34) Katsch: Erkrankungen d. Magens, Hndb. inn. Krank. Bergmann-Stahelin, 1926. — 35) Kuttner: Störungen d. Sekretion u. d. Motilität des Magens, Kraus-Brugsch. 36) Kuttner: Fehldiagnosen u. Fehlbehandlungen sowie deren Verhütung auf d. Gebiete d. Verdau ngkrankheiten, Thieme, Leipzig, 1929. — 37) Labbé: Malad. de l'estomac. Path. med. VI, Masson, Paris, 1927. — 38) Labbé Malad. du pancréas, ibidem. — 39) Labbé: Malad. du foie, ibidem. — 40) Lachman: Księga pamiątk. XII. Zj. lek. i przyr. polsk. 1925. — 41) Lécène et Moulonguet: Pr. med. N. 4. 1926. — 42) Landau i Rząśnicki: Studja kliniczne nad sprawnością trzustki, Med. i Kron. lek. 1914. — 43) Landau, Cygielsztrajch i Fejgin: Medyc. dośw. i społ. 3/4. 1926. — 44) Landau i J. Glass: w druku. — 45) Le Noir et Agasse-Lafont: Pathol. d. l'estomac, Nouv. tr. d. med. XIII. — 46) Loeper: La dyspepsie gastrique des biliaires,

Lec. path. dig. 4-e sér. Masson, 1919. — 47) Loeper: L'estomac des biliaires, Lec. path. dig. 5-e sér. Masson, 1922. — 48) Loeper: Monde med. czerwiec, 1913. — 49) Mann and Giordano: The bile factor in pancréatitis, Coll. pap. of the Mayo Clin. 1923. — 50) Mauban: Arch. d. mal. d. l'app. dig. IV, 1913. — 51) Mayo: Am. journ. med. ass. L. 1908. — 52) Mayo: Am. j. of med. sc. CXLVII, 1924. — 53) Nusbaum i Oury: Polsk. arch. med. wewn. VI, 1928. — 54) Ohly: Mal. d. tube dig. et d. la nutr. marzec, 1914. — 55) Parturier: Séméiologie biliaire, Paris, 1926. — 56) Parturier: Conférances d'hépatologie, Vigot fr. Paris, 1929. — 57) Pietri: Arch. ital. di chirurg. II, 1925. — 58) Piersol and Bockus: Arch. of intern. med. 1925. — 59) Popper: Wien. klin. woch. N. 46, 1927. — 60) Ramond: Les maladies de l'estomac et du duodénum, Masson, Paris, 1927. — 61) Rożkowski: Polska gaz. lek. N. 18, 1925. — 62) Ramond et Parturier: Pr. med. maj, 1925. — 63) Rhode: Münch. med. Woch. N. 6, 1920. — 64) Rydgaard: Arch. f. klin. Chir. CXV. — 65) Scmidt: Erkrank. d. Pancréas, Kraus-Brugsch. — 66) Umber: Erkrank. d. Leber, der Gallenwege u. d. Pancréas, Bergmann-Stahelin. — 67) Westphal: Ztschr. f. klin. Mediz. XCVI, 1923. — 68) Wöhrmann: Ztschr. f .klin. Mediz. CVIII, 1928.

Dr. Kazimierz CZYŻEWSKI. Lwów.

Znieczulenie miejscowe przy laparotomjach.

Z oddz. chirurg. Państw. Szpit. Powszechnego we Lwowie.
Prymarjusz: Prof. Dr. T Ostrowski.

Oddział Prof. Ostrowskiego używa od szeregu lat znieczulenia miejscowego przy laparotomjach. Dążąc do sposobów znieczulania możliwie prostych i szybko dających się przeprowadzić używamy znieczulenia linji cięcia w powłokach z nastrzykaniem krezki po otwarciu brzucha. W tem znieczuleniu dokonujemy zasadniczo zabiegów na żołądku, drogach żółciowych i kiszce grubej. Stosujemy je, gdy tylko wydaje się to możliwe, przy niedrożności jelit i przy obrażeniach urazowych jamy brzusznej. Z góry zaznaczam, że znieczulenia miejscowego może używać tylko operator pracujący bardzo delikatnie, **a** wtedy jest ono zupełnie wystarczające.

Zestawienie z uśpieniem. Zapalenia płuc i oskrzeli, które stanowią najcięższy argument przeciw narkozie, zdarzają się także bez jej użycia jako skutek: zatorów płucnych; — unieruchomiania przepony przez chorych dla zmniejszenia bólu; — wysokiego stanu przepony wskutek wzdęcia po laparotomji. Mimo wszystko godzimy się dziś, że powikłania ze strony płuc są po narkozie i częstsze i w przebiegu swym cięższe niż po znieczuleniach miejscowych.

Najważniejszem jest, że wpływ uśpienia rozciąga się na wszystkie komórki organizmu i to na szereg godzin. Znieczulenie miejscowe jest tylko drobnym dodatkiem do zabiegu operacyjnego; wpływa bezpośrednio na bardzo ograniczoną ilość komórek organizmu chorego; odpowiada więc najbardziej zasadzie: *„primum non nocere"*.

W szeregu laparotomij trudno jest jednak obejść się bez uśpienia ogólnego:

1) nieuniknione jest ono u drobnej ilości, szczególnie wrażliwych osobników;

2) wymagają uśpienia, świeże przebicia narządów wewnętrznych do wolnej jamy otrzewnej, szczególnie przebicia wrzodu żołądka. Ból powodowany przez samo schorzenie jest tak silny i dotyka chorego, że się tak wyrażę, nieprzyzwyczajonego do cierpienia; powłoki są tak napięte, że bez uśpienia można zabieg przeprowadzić tylko z bardzo wielkiemi trudnościami;

3) w uśpieniu wykonujemy appendektomję. Zabieg na zimno trwa zbyt krótko. by znieczulanie się opłacało. Na gorąco nie ryzykujemy nastrzykania krezki;

4) uśpienie wydaje się najkorzystniejsze dla zapaleń otrzewny rozlanych i ograniczonych. Nastrzykanie płynem znieczulającym powłok sprzyja powstawaniu ropowic, a ropnie śródjelitowe wymagają pracy chirurga bardzo spokojnej i delikatnej, co przy znieczuleniu miejscowem bez możności nastrzykania krezki niezawsze da się uzyskać.

Zestawienie ze znieczuleniem rdzeniowem: Znieczulenie rdzeniowe posiada bardzo duże zalety techniczne: wykonanie trwa krótko, znieczulenie występuje szybko i utrzymuje się dostatecznie długo; wywołuje porażenie jelit na krótki czas, co zabieg w jamie otrzewnowej ogromnie ułatwia. Używaliśmy go w długiej serji z górą 1500 przypadków w latach 1925 i 26. Doświadczenie nasze pokrywa się z zestawieniami innych zakładów na niekorzyść tej metody, zwłaszcza przy znieczuleniach w wyższych odcinkach. Jest ona przy dzisiejszej technice czasem niemiła w skutkach powodując uporczywe kilkudniowe bóle głowy i wymioty; zdarzają się napady nawet śmiertelne i porażenia czasem długotrwałe. Najlepsze wyniki mieliśmy jeszcze po użyciu mieszanki 2% novokainy z chlorkiem potasu w ilości 4 cm³ na dawkę, poleconej przez Hilarowicza. Ujemnych skutków można w znacznej mierze uniknąć wybierając starannie przypadki i pracując przy stałej kontroli ciśnienia krwi; odbiera to jednak metodzie cechy prostoty i łatwości, czem nas głównie pociągała.

Obecnie stosujemy znieczulenie rdzeniowe przy operacjach w miednicy małej szczególnie ginekologicznych i przy niektórych niedrożnościach jelit: 1) przy dobrym stanie u osobników młodych, a to dla uzyskania porażenia jelit w ciągu zabiegu;

2) przy niedrożnościach wskutek zrostów rozległych, gdzie zabieg krwawy bywa tylko zapobiegawczym chwilowo. Znieczulenie rdzeniowe może tu usunąć objawy niedrożności przez porażenie jelit i wyrównanie różnych zagięć i zaciśnięć na kiszkach; w krótkim czasie po zastrzyku może nastąpić obfite wypróżnienie. Innych metod znieczulania, w szczególności znieczulania nerwów trzewiowych nie używamy. Znieczulanie od strony grzbietowej niema cech sposobu prostego, a od strony brzucha jest dodatkiem niekoniecznym według naszego doświadczenia. Obie metody nie mogą się obejść bez nastrzykania powłok.

Zastosowanie znieczulenia miejscowego. Przygotowanie stanowi zastrzyk podskórny 0,02 morfiny na pół godziny przed operacją. Znieczulamy linją cięcia w powłokach 1% novokainą z dodatkiem adrenaliny. Wprawdzie rozciąganie hakami rany w powłokach bywa dla chorych przykre, przekonaliśmy się jednak, że hak ustawiony w pewne położenie i trzymany o ile możności nieruchomo przestaje dokuczać choremu. Metody wielokątnego obstrzykania pola operacyjnego lub też przerywania przewodnictwa nerwów śródżebrowych nie dają również pełnej gwarancji przy rozciąganiu rany, mają natomiast szereg niedogodności: — wykonanie trwa długo, — wprowadza się większe ilości środka znieczulającego do organizmu, — rana krwawi często znacznie, wymagając podwiązania naczyń, czego przy nastrzykaniu linji cięcia prawie z reguły unikamy.

Do zabiegu *na żołądku* znieczulamy linję środkową od wyrostka mieczykowego do pępka. Po otwarciu jamy brzusznej wstrzykujemy po 5 cm³ w 4 punkty, po 2 na każdej krzywiźnie daleko od siebie. W ten sposób pociąganie za sieć małą staje się mniej bolesne, jak również miejsce przecięcia tętnic w razie ewentualnego wycięcia żołądka. Po uniesieniu poprzecznicy, wstrzykujemy około 5 cm w jej krezkę. Bolesne pozostaje unoszenie poprzecznicy i najwyższej pętli jelita cienkiego przy zespalaniu jej z żołądkiem. Momenty te dają się zupełnie uniknąć przy wycięciu żołądka sposobem Rydygiera, który do znieczulenia miejscowego szczególnie się nadaje. Jak już wspominałem, wolimy przy ostrem przebiciu wrzodu żołądka przeprowadzać zabieg w uśpieniu.

Drogi żółciowe odsłaniamy cięciem skośnem wzdłuż prawego łuku żebrowego. Wprowadzając igłę znieczulającą dostatecznie głęboko raz pod przednią, potem pod tylną pochewkę mięśnia prostego można znieczulić linję cięcia bardzo dokładnie. Po otwarciu jamy otrzewnowej i uniesieniu brzegu wątroby wstrzykujemy w okolicę przewodu woreczka w miejscu, gdzie przebiega jego tętnica 5 cm³; potem dokoła woreczka podsurowicowo 10—15 cm³, wreszcie w razie potrzeby odsłonięcia przewodu wspólnego — 5 cm³ novokainy do więzadła wątrobowo-dwunastniczego. W ten sposób oddziela się woreczek łatwiej od łożyska, które mniej krwawi. Bolesne jest odciąganie łuku żebrowego i unoszenie wątroby, czego żadne znieczulenie miejscowe znieść nie zdoła. W znieczuleniu takiem (z dodaniem powtórnych zastrzyków w czasie trwania zabiegu) wyjmowaliśmy u 66-letniego mężczyzny 3 kamienie zaklinowane w przewodzie wspólnym; zabieg trwał 2 godziny; przebieg operacji był zupełnie spokojny, a wynik dobry bez jakichkolwiek powikłań płucnych.

Zabiegi na drogach żółciowych są według naszej statystyki przykładem przemawiającym na korzyść znieczulenia miejscowego. W miarę coraz szerszego stosowania tegoż, % śmiertelności z 9 i 12% w latach 1926 i 27 spadł na 7% w 1928 r.

Kiszka gruba. Przy użyciu znieczulenia miejscowego stosujemy cięcie, któreby najmniej wymagało pociągania krezki operowanego odcinka i jak najmniej sprowadzało operatora w styczność z jelitem cienkiem. Są to cięcia wzdłuż linji białej bocznej dla kiszki wstępującej i zstępującej; skośne wzdłuż łuków żebrowych dla

obu krzywizn i środkowe powyżej pępka dla poprzecznicy. Po otwarciu brzucha nastrzykujemy 10-ciu—20-tu cm³ krezkę kiszki i załamek otrzewny ściennej w partjach bocznych brzucha. W ten sposób dadzą się wykonać zupełnie dobrze zespolenia wyłączające poszczególne odcinki i wycięcia kiszki, nie mówiąc już o zakładaniu sztucznego odbytu. Zawsze pozostaje bolesnem wydobywanie kiszki przed nastrzykaniem krezki. Ból ten da się znacznie ograniczyć przez założenie długiego cięcia i należyte obłożenie kompresami okolicy.

Laparotomje po urazach tak tępych jak i ranach drążących mają często przebieg zupełnie nieprzewidziany. Najodpowiedniejszem znieczuleniem jest uśpienie, zwłaszcza, gdy świeże przebicia narządów wewnętrznych zakwalifikowaliśmy z góry do narkozy. Natomiast u osobników skrwawionych silnie z urazami w górnych partjach brzucha, — gdzie przypuszczalnie nie zajdzie potrzeba przeszukiwania jelita cienkiego (urazy wątroby, żołądka,, śledziony) da się zastosować znieczulenie miejscowe powłok, zwłaszcza wobec zmniejszonej wrażliwości silnie skrwawionego chorego.

Laparotomje przy niedrożnościach jelita. Znieczulenie miejscowe stosujemy zasadniczo przy niedrożnościach w zakresie kiszki grubej. Natomiast niedrożności jelita cienkiego wymagają narkozy względnie znieczulenia rdzeniowego, jak to wyżej opisaliśmy. Znieczulenie miejscowe powłok da się zastosować przy kilkudniowych niedrożnościach jelita cienkiego w przypadkach ciężkich z wyraźnemi objawami zatrucia (sterkoremji). Jest to wtedy znieczulenie możliwie najlżejsze dla chorego, a wystarcza dzięki bardzo obniżonej wrażliwości.

Dla przykładu przytoczę następujący wypadek: Mężczyzna 30-letni. Od tygodnia objawy niedrożności jelita cienkiego od 3 dni wzmogły się wybitnie. Silne wzdęcie brzucha, wymioty kałowe, suchy język, tętno 120 na minutę. Rokowanie stawialiśmy złe. Po znieczuleniu powłok w linji środkowej otwarto jamę brzuszną i rozpoczęto przeglądanie jelita od kiszki ślepej. W odległości około 40 cm znaleziono bliznowate zwężenie jako skutek po uwięznięciu tej pętli w przepuklinie, którą operowano przed kilkunastu miesiącami. Zwężenie wyłączono. Chory zachowywał się podczas zabiegu zupełnie apatycznie; na drugi dzień ustały wymioty, dalszy przebieg był zupełnie dobry.

Wątpię czy operacja w narkozie lub znieczuleniu rdzeniowem mogłaby mieć w tym wypadku tak dobry wynik.

J. GOERTZ. Lwów.

O wartości odczynu Davisa w klinice [1]).

Z II kliniki chorób wewnętrznych: Dyr. Prof. Dr. R. Rencki.

Jednym z najważniejszych postulatów diagnostyki schorzeń nowotworowych jest wczesne rozpoznawanie nowotworów złośliwych. Do tego celu zmierza cały szereg udoskonaleń metodyki badania klinicznego. Że jednak, wszystkie te metody nie spełniają jeszcze w całej rozciągłości swego zadania świadczy choćby dążność do odkrywania w ciągu ostatnich dziesiecioleci coraz to innych rozpoznawczych odczynów nowotworowych. Liczba tych odczynów, bardzo już dziś znaczna, dowodzi znów najlepiej, że i tutaj wiele przejść musiało do historji, zastępowane coraz to lepszemi, nigdy jednak dotąd doskonałemi.

Podany w roku 1913 przez Davisa odczyn nowotworowy w moczu jak dotąd nie doczekał się powszechniejszego zainteresowania. Jedynie w piśmiennictwie rosyjskiem znajdujemy w latach ostatnich kilka prac z tego zakresu. I tak dopiero w r. 1924 Ragoza wykonał szereg badań nad tym odczynem na materjale składającym się z 218 przypadków schorzeń nowotworowych i nienowotworowych oraz u ludzi zdrowych. Sposób wykonania odczynu według Ragozy przedstawia się następująco: Do stu ccm. świeżego moczu dodaje się 10 ccm. kwasu solnego stężonego, (chem. czystego) i ogrzewa się na małym płomieniu w kolbce do ukazania się pierwszych oznak początku wrzenia, poczem odstawia się do ostygnięcia. Do chłodnego już płynu dolewa się 30 ccm. eteru (siarczanego) i miesza się kilkakrotnie w ciągu kilkunastu godzin niezbyt silnie. Należy unikać zbyt silnego wstrząsania gdyż łatwo przychodzi wtedy do wytworzenia się emulsji moczu z eterem co w następstwie utrudnia oddzielenie wyciągu eterowego. Po dłuższym czasie warstwa eterowa przybiera zabarwienie, przy odczynie dodatnim od różowego do czerwonego wzgl. purpurowego, przy odczynie ujemnym eter pozostaje prawie bezbarwny lub też zabarwia się na żółto wzgl. bronzowo-żółto. Po oddzieleniu się zupełnem warstwy eterowej odciąga się eter do białej porcelanowej miseczki i pozostawia aż do odparowania eteru. Pozostaje wówczas w miseczce osad barwy takiej, jaką ma wyciąg eterowy, z tą tylko różnicą, że osad ten posiada odcień bardziej brudno szary, co utrudnia czasem należytą ocenę barw. Już w czasie ogrzewania moczu z kwasem solnym zauważyć można, że płyn ciemniejąc przybiera zabarwienie czerwono brunatne, niekiedy wprost przypominające barwę czerwonego wina (w razie odczynu dodatniego). Dopiero jednak uzyskanie przejrzystego wyciągu eterowego pozwala na należytą ocenę barwy odczynu. Według Ragozy nadają się najlepiej do wykonania odczynu mocze, których ciężar gatunkowy waha się w granicach 1,010—1,018. Mocze posiadające ciężar niższy aniżeli 1,005 nie dają wyraźnego odczynu. Domieszki patologiczne, jak krew lub ropa utrudniają w znacznym stopniu udanie się odczynu, obecność zaś składników żółci wprost go uniemożliwia. Wprawdzie Davis podaje w swej pracy, że miewał często wyniki dodatnie przy cholemji i żółtaczce, to jednak badania Ragozy stwierdzają iż obecność składników żółci dodanych do moczu chorych z odczynem dodatnim, jak również dodatek moczu chorych z żółtaczką do moczu o dodatnim odczynie unicestwia reakcję dodatnią. Również i dodanie taurocholanu sodowego do moczu chorych z dodatnim odczynem D. powoduje nieudanie się reakcji. Próby usunięcia barwików żółci zapomocą węgla przedsięwzięte przez Ragozę spełzły na niczem. Okazało się bowiem, że wraz z barwikami żółci ulegają pochłonięciu przez węgiel i te ciała, które stanowią podłoże odczynu D. Mocze o reakcji zasadowej oraz w rozkładzie nie dają odczynu. Obecność białka szkodzi w znacznej mierze powodując wychwytanie barwnej substancji odczynu przez ścinające się przy ogrzaniu białko. Ilość białka wynosząca 5% osłabia odczyn, 7% zmienia reakcję wybitną na bardzo słabą, przy 12 zaś % białka odczyn staje się ujemny. Białko jednak nie tak silnie zatrzymuje barwik, jak n. p. węgiel tak, że przez długotrwałe wytrząsanie eterem można jeszcze i w tych przypadkach, jak wykazują nasze doświadczenia, uzyskać wprawdzie nie wybitny lecz jeszcze wyraźny odczyn.

W rok po ukazaniu się pracy Ragozy ogłaszają Kuszelewski i niezależnie od tego Lipkin wyniki swoich badań nad odczynem D. Kuszelewski otrzymał w 31 przyp. raka odczyn dodatni w 96,8% oraz w 10% przyp. odczyn dodatni w schorzeniach nienowotworowych. Lipkin na 18 przyp. raka w jednym tylko uzyskał wynik ujemny. W 89 przyp. schorzeń nienowotworowych odczyn wypadł dodatnio w 21 przyp. to jest w 23%. Obaj autorowie podkreślają kliniczne znaczenie ujemnego wyniku próby. W kilku przypadkach ostrych, zakaźnych chorób gorączkowych, jak w tyfusie, szkarlatynie, influency i w malarji otrzymał Lipkin przeważnie wynik dodatni. U ludzi zdrowych, jak zgodnie stwierdzają wszyscy wymienieni autorowie, nigdy odczyn dodatni nie występuje. Wreszcie Jolwker i Matschan ogłaszają w r. 1927 statystykę obejmującą 43 przyp. raka, gdzie 41 razy uzyskali wynik dodatni. W pozostałych 2 przypadkach ujemnych chorzy mieli żółtaczkę. W 56 przyp. innych schorzeń otrzymali tylko 4 razy wynik dodatni. a to: w kamicy żółciowej, daleko posuniętej gruźlicy, kile i posocznicy. Opierając się na tych wynikach stwierdzają, że próba Davisa jest nieswoista lecz tem niemniej klinicznie cenna.

Przystępując do skreślenia wyników naszych badań należy zaznaczyć na wstępie, że w doborze materjału kierowaliśmy się głównie zasadą, iż nie absolutna ilość przypadków lecz ich staranny dobór dać może najlepszy pogląd na wartość odczynu. Toteż uwzględniliśmy z pośród przypadków nowotworowych tylko te, gdzie rozpoznanie było niewątpliwie stwierdzone klinicznie i roentgenologicznie, w większości zaś przypadków potwierdzone przez operację, biopsję, wzgl. autopsję. W wielu przypadkach n. p. nowotworów płuc i oskrzeli znajdowaliśmy potwierdzenie rozpoznania w badaniu histologicznem cząstek tkanki wydobytych zapomocą nakłucia igłą harpunową.

Metodykę wykonywania odczynu stosowaliśmy w nieco zmienionej postaci. I tak, po ostygnięciu mieszaniny moczu z kwasem solnym przenosiliśmy płyn wraz z ewentualnie utworzonym osadem do t. zw. rozdzielacza. Po dodaniu 30 ccm. eteru wytrząsaliśmy mieszaninę dość silnie kilkadziesiąt razy. Po upływie ½ do 1 godz. następowało zazwyczaj wyraźne oddzielenie się dwu warstw, górnej, mniej lub więcej zabarwionej emulsji eterowej, i dolnej, pozostałego moczu. Po odpuszczeniu dolnej warstwy, wlewaliśmy do lejka kilkanaście do kilkudziesięciu kropli alkoholu etylowego 96% poczem następowało zawsze dokładne oddzielenie się zawieszonych w eterze kuleczek moczu. Przez kilkakrotne

---

[1]) Wygłoszone na XIII Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie dnia 26 września 1929.

wstrząsanie i odpuszczanie opadającego osadu uzyskiwaliśmy zawsze zupełnie przejrzysty wyciąg eterowy, którego barwa doskonale dawała się ocenić. Próbę wykonywaliśmy prawie zawsze w ilościach pierwotnie przez Davisa podanych, a więc: 100 ccm. moczu, 10 ccm. kwasu solnego i 30 ccm. eteru.

W ocenie wyników rozróżnialiśmy tylko 3 rodzaje odczynów. Wyciągi eterowe prawie bezbarwne oraz żółte do żółto-brązowych zaliczaliśmy do odczynów ujemnych. Jeśli barwa wyciągu eterowego przedstawiała odcienie mieszane żółto-czerwone, a więc gdzie nie mieliśmy do czynienia z czysto czerwonem zabarwieniem określaliśmy jako wynik wątpliwy. Te wreszcie próby które wykazywały czyste odcienie skali: różowy, karminowy, purpurowy (amarantowy) — określaliśmy jako dodatnie, nie oznaczając ilością krzyżyków nasilenia odczynu. Przekonaliśmy się bowiem, że nawet mocze tak rozcieńczone, jakie spotyka się przy moczówce prostej mogą dać odczyn wyraźnie dodatni. W dwu przypadkach moczówki prostej na tle niewątpliwie nowotworowem uzyskaliśmy przy ciężarze gatunkowym moczu nie przekraczającym 1,005 odczyn wyraźnie dodatni. Fakt ten pozostaje zarazem w sprzeczności z twierdzeniem Ragozy, jakoby mocze o tak niskim ciężarze gatunkowym, jak powyższe nie nadawały się do wykonania próby. W większości przypadków powtarzano próbę po dwa i więcej razy.

Materjał nasz składał się z 262 przypadków w tem 159 przypadków schorzeń nowotworowych, oraz 103 przypadków różnych spraw chorobowych.

Grupa schorzeń nowotworowych obejmuje 155 przypadków nowotworów złośliwych, w tem 138 raków, oraz 17 mięsaków różnego umiejscowienia. W grupie nowotworów dobrotliwych znajduje się: *polyposis recti* (1 przyp.), *cystoma ovarii* (1 przyp.), *fibro-myoma* (1 przyp.). Przypadków z żółtaczką nie uwzględniliśmy w naszem zestawieniu, gdyż zgodnie z innymi autorami stwierdziliśmy, że obecność barwików żółciowych powoduje z reguły nieudanie się próby. W ogólnem zestawieniu otrzymaliśmy na 138 przypadków raka odczyn dodatni 115 razy, odczyn ujemny 18 razy, odczyn wątpliwy 5 razy. Jeśli zaliczymy przypadki z odczynem wątpliwym do ujemnych, otrzymamy ogólną ilość dodatnich 83,3%, ujemnych 16,6%.

W 17 przypadkach mięsaka odczyn dodatni wystąpił 8 razy, ujemny 9 razy, co stanowi w odsetkach 47% odczynów dodatnich, 53% ujemnych.

Przy nowotworach dobrotliwych uzyskaliśmy dwa razy odczyn dodatni, raz wątpliwy, raz ujemny. Przy rozpatrywaniu poszczególnych rodzajów raka według dotkniętych nim narządów, zwrócić musimy przedewszystkiem naszą uwagę na grupę obejmującą raka żołądka i przełyku. W grupie tej najliczniejszej uderza częstsze niż w innych występowanie odczynu dodatniego. Ilość odczynów dodatnich dochodzi w odsetkach do 91,6%. Jakkolwiek w porównaniu do statystyki Ragozy, która zawiera zbliżoną do naszej liczbę przypadków raka żołądka (100% odczynów dodatnich) mamy niższy odsetek dodatnich wyników, to jednak częstość dodatniego występowania próby Davisa w przypadkach raka przewodu pokarmowego zasługuje na szczególne podkreślenie. Nasuwa się tutaj zarazem pytanie, jak wcześnie występuje odczyn Davisa przy rakach wogóle, a w szczególności przy raku przewodu pokarmowego. Ze względu na stosunkowo znaczną ilość obserwacyj w zakresie raka przewodu pokarmowego czujemy się uprawnieni do twierdzenia, że istotnie już w bardzo wczesnych okresach raka występuje dodatni odczyn Davisa. Do grupy raków żołądka i przełyku zaliczyliśmy bowiem przypadki takie, w których badanie kliniczne i roentgenologiczne nie dawało zrazu żadnych podstaw do przyjęcia nowotworowej przyrody schorzenia. Dopiero po dłuższym czasie obserwacji występowały u chorych objawy rozwijającej się sprawy nowotworowej. Dla przykładu przytoczymy pokrótce przypadek następujący: Chory K. K. lat 48, l. p. 221/28/9 zgłosił się 1/XII z objawami krwawiącego wrzodu dwunastnicy. Badanie żołądka zgłębnikiem w kilka dni po przyjęciu stwierdza swobodne przechodzenie zgłębnika do żołądka — i nadkwaśność. W prześwietleniu cechy wrzodu dwunastnicy. Odczyn Davisa silnie dodatni. W czasie leczenia stan chorego ulega poprawie, lecz w miesiąc po przyjęciu do kliniki zwraca chory uwagę na trudność w przełykaniu pokarmów stałych. Założony wówczas zgłębnik żołądkowy dochodzi tylko do głębokości 42 cm. Prześwietlenie wykazuje zwężenie przełyku dość znacznego stopnia. Badanie ezofagoskopem potwierdza nowotworową sprawę w dolnej części przełyku. Chory pozostawał w leczeniu kliniki jeszcze około dwa miesiące. Odczyn Davisa utrzymywał się bez zmiany.

Nowotwory.

	Odczyn ujemny	Odczyn wątpliwy	Odczyn dodatni	Ogółem
Rak żołądka	4	1	61	66
„ przełyku	1	—	5	6
„ jelita grubego	—	—	7	7
„ prostnicy	2	—	1	3
„ oskrzeli	3	1	13	17
„ woreczka żółciowego i wątroby	4	1	8	13
„ trzustki	1	1	5	7
„ sutka	—	—	2	2
„ gr. krokowego	—	—	4	4
„ pęcherza i nerek	1	1	3	5
„ macicy	1	—	4	5
„ mózgu i móżdżka	1	—	2	3
razem	18	5	115	138
Mięsak różn. narządów	8	1	8	17
Nowotwory dobrotliwe	3	–	1	4

Schorzenia nienowotworowe.

	Odczyn ujemny	Odczyn wątpliwy	Odczyn dodatni	Ogółem
Wrzód żołądka i dwunastnicy	10	2	4	16
Inne schorzenia żołądka i jelit	4	2	1	7
Schorzenia pęcherzyka żółciowego i wątroby	13	4	2	19
Gruźlica różnych postaci	12	1	4	17
Przewlekłe ropienia	6	1	—	7
Schorzenia nerek	1	2	—	3
Niedokrwistość złośliwa	2	1	4	7
Cukrzyca	1	—	2	3
Wole	1	—	2	3
Pasorzyty przewodu pokarmowego	1	2	—	3
Ziarniniak złośliwy	5	—	3	8
Posocznice	4	—	—	4
Cysty dermoidalne płuc	2	—	—	2
Schorzenia mięśnia serc.	2	—	—	2
Moczówka prosta	1	—	—	1
Chor. Gaucher'a	—	—	1	1
razem	65	15	23	103

Jeśli chodzi o wpływ charłactwa wogóle na występowanie dodatniego odczynu D., to stwierdzić należy, że nie mogliśmy w naszych spostrzeżeniach dopatrzeć się żadnej stałej równoległości między nasileniem odczynu, a stopniem wycieńczenia ustroju przez sprawę chorobową. Zagadnienie to skierowuje nas z kolei do rozpatrzenia wyników uzyskanych przy schorzeniach nienowotworowych.

Na 103 przypadki schorzeń nienowotworowych składają się te rodzaje schorzeń, które w rozpoznawaniu różniczkowem najczęściej wypada nam uwzględnić, gdy chodzi o wykluczenie, czy też przyjęcie schorzenia nowotworowego. W zestawieniu odsetkowem otrzymaliśmy w tych przypadkach 22,3% wyników dodatnich, wliczając do tej kategorji wyniki wątpliwe, jako świadczące na niekorzyść odczynu.

Biorąc pod uwagę najczęstsze występowanie odczynu dodatniego widzimy, że najliczniejsza znów grupa wrzodu żołądka i dwunastnicy wykazuje najczęstsze pojawianie się odczynu dodatniego. Nasuwa się tu jednak pytanie, czy nie mamy tu do czynienia z pewną liczbą przypadków, w których sprawa nowotworowa znajduje się niejako w zaczątku, nieuchwytna pod względem klinicznym, a dłuższa dopiero obserwacja chorego pozwoliłaby stwierdzić jej istnienie. W schorzeniach woreczka żółciowego i wątroby, z wyjątkiem marskości wątroby, która w jednym tylko przypadku dała wynik wątpliwy, spotykaliśmy dość często, bo 5 razy na 13 przypadków wynik dodatni i wątpliwy.

Natomiast podkreślić musimy ujemny odczyn D. w dwu przypadkach torbielowatości nerki, oraz w dwu przypadkach cysty dermoidalnej płuc. Aczkolwiek jest to zbyt mała liczba przypadków tych bądź co bądź rzadkich spraw chorobowych, to jednak wydaje się nam, że ujemny odczyn może niekiedy oddać usługi nie do pogardzenia.

Przypadki wreszcie ziarnicy złośliwej oraz gruźlica w różnych jej postaciach należą do tych schorzeń, których na podstawie próby Davisa wykluczyć nie można.

W ogólnym poglądzie na uzyskane przez nas wyniki należy w pierwszym rzędzie podkreślić prostotę i łatwość wykonania odczynu w najprymitywniejszych nawet warunkach pracy. Jakkolwiek w naszych spostrzeżeniach stosunek odsetkowy wyników dodatnich przy schorzeniach nowotworowych, jak też ilość wyników dodatnich przy schorzeniach innych nie przedstawia się tak korzystnie, jak w pracach wspomnianych wyżej autorów, należy stwierdzić, że wśród stosowanych dziś w klinikach odczynów biologicznych, najlepsze tylko wykazują tak wysoki odsetek wyników dodatnich. Należą tu np. odczyny Kahna, Freunda i Kaminera, dalej odczyn Abderhaldena wykazujący największy odsetek wyników dodatnich. I te odczyny jednak, nierównie mozolniejsze w wykonaniu, wymagające zasobnych w urządzenia pracowni, nie posiadają cech swoistości, odmawianych przez niektórych autorów nawet odczynowi Abderhaldena. Uwzględniając zatem wspomniane powyżej cechy odczynu Davisa sądzimy, że odczyn ten szersze niż dotąd winien znaleźć zastosowanie w klinice.

Istota odczynu po dziś dzień nie jest znana. Sam autor odczynu nie wypowiedział się zupełnie jasno w tym względzie. Ragoza oraz Lipkin i Kuszelewski do żadnego dodatniego wyniku w tym kierunku nie doszli. Jedynie Krasnopolski wykonując równolegle odczyn Davisa, oraz odczyn Obermayera na indykan, dochodzi do wniosku, że w odczynie Davisa substancję barwną stanowi indygo, którego pochodna indyrubina posiada barwę czerwoną. Do poszukiwań pokrewieństwa substancji stanowiącej treść odczynu Davisa z indykanem skłonił Krasnopolskiego fakt częstego występowania odczynu dodatniego Davisa u chorych cierpiących na zaburzenia przewodu pokarmowego, cechujące się wzmożeniem procesów gnilnych w jelitach. Zmniejszanie tych procesów gnilnych drogą stosowania środków przeczyszczających powodowało przejście odczynu dodatniego w ujemny. Wszelako już Kuszelewski przed nim wykonał doświadczenia mające na celu wykrycie związku między wzmożoną ilością indykanu w moczu, a dodatnim odczynem Davisa, lecz żadnej równoległości nie zauważył.

Nie uprzedzając własnych w tym kierunku podjętych badań, sądzimy, że istotą odczynu Davisa nie stanowią rzeczywiście żadne swoiste dla tkanki nowotworowej ciała. Natomiast zdają się istnieć pewne poszlaki, że mamy tu do czynienia z ciałami zawartemi już w moczu prawidłowym, lecz w znikomej ilości. W pewnych warunkach ilość ta ulega nadmiernemu wzmożeniu i ujawnia się pod postacią dodatniego odczynu Davisa. Bliższe poznanie tych warunków pozwoliłoby nam określić dokładnie zakres rozpoznawczy odczynu, zacieśniając tem samem skalę błędów. Dalsze badania jednak wykażą nam też czy pochodzenia tych ciał szukać należy, jak chce Krasnopolski, w produktach gnicia jelitowego, czy też w wytworach przemiany materji wogóle.

Już po przygotowaniu pracy niniejszej do druku ukazała się w Pamiętniku Wileńskiego Twa Lekarskiego (rok V, zesz. IV) praca Dra. Apolinarego Rudzkiego p. t. „Wartość kliniczna odczynu Davisa w raku". Wyniki badań wspomnianego autora pozostają w zasadniczej sprzeczności z wynikami badań moich, co tłumaczyć sobie muszę odmienną w szczegółach metodą wykonywania odczynu, a wreszcie momentem subjektywnego oceniania barwy. Moment ten jest częstszą przyczyną rozbieżnego zapatrywania na wartość metod kolorystycznych.

Piśmiennictwo:

1) W. E. Jolwker i W. J. Matschan: Arch. f. Klin. Chir. 1927. str. 593. — 2) J. O. Lipkin: Wraczebnaja Gazeta 1925. str. 406. — 3) S. S. Kuszelewski: Wraczebnaja Gazeta. 1925. str. 404. — 4) A. Krasnopolski: Wraczebnaja Gazeta 1928. Nr. 5. 5) N. Ragoza: Archiw. kliniczeskoj i eksperymentalnoj medycyny 1924. str. 22.

Dr. A. S. MELCER. Myszków.

Fosfor organiczny i rola jego w leczeniu zaburzeń nerwowych, jak neurastenja i niemoc płciowa.

W czasie wojny światowej walczący żołnierze angielscy z polecenia władz wojskowych spożywali systematycznie poza pożywieniem zwykłem, tabletki preparatu tonizującego, pod nazwą „Marmit".

Lek ten wypróbowany początkowo tylko w armji operującej w Mezopotamji okazał się tak skutecznym, tak dobroczynnie wpływającym na siły cielesne i duchowe, iż wkrótce na mocy specjalnego rozporządzenia stał się obowiązującem uzupełnieniem codziennej racji posiłkowej w całej armji morskiej i lądowej Wielkiej Brytanji.

Z punktu widzenia lekarskiego zasługuje na uwagę skład chemiczny wymienionego preparatu. Otóż zawiera on wysoki procent organicznie związanego fosforu. Podobnem też powodzeniem cieszy się w Ameryce inny preparat „Vegex" (Vegetabil. extr.) o podobnym składzie chemicznym. Przyznać trzeba że te cenne właściwości fosforu, jako leku tonizującego, były i u nas w Polsce dawno już znane, jednak niedostatecznie szeroko w praktyce codziennej wykorzystane, gdyż fosfor nieorganiczny nastręczał szereg przeszkód któremi się lekarze zniechęcali aż do zupełnego zaniechania tego dobroczynnego leku. Niewątpliwie najważniejszą przeszkodą była stała obawa przed przedawkowaniem fosforu, który z konieczności podawano w dawkach miligramowych, najczęściej w zawiesinie tranowej; dalszą przeszkodę stanowiły częste zaburzenia żołądkowe, jakie rozwijały się przy podawaniu nawet minimalnych dawek fosforu.

Według Röhmanna wchłanianie i przyswajanie fosforu osiąga się w daleko większym stopniu przez stosowanie organicznych niż nieorganicznych związków fosforowych.

Röhmann w swych doświadczeniach podawał fosfor organiczny w postaci nukleoalbuminów (kazeiny, witeiliny) i stwierdził zatrzymywanie azotu i fosforu w ustroju, czego stwierdzić nie było można przy stosowaniu białek bezfosforowych, mimo równoczesnego podawania fosforanów nieorganicznych.

Z doświadczeń zaś Harta, Wendta, Holstiego i Osbornea wiemy, że ustroje zwierzęce syntetyzują również związki fosforowe organiczne z fosforanów nieorganicznych. Jak więc widzimy, sprawy te są niedostatecznie wyświetlone. Zachęcony jednakże wyżej wspomnianem doświadczeniem klinicystów angielskich („Marmit") i amerykańskich („Vegex") podjąłem w swej praktyce odnośne badania na większą skalę. Jako materjał do swych badań obrałem chorych na neurastenję.

Liczba chorych na neurastenję szczególnie po wojnie światowej tak znacznie wzrosła, że niema prawie dnia, w którym lekarz ordynujący niezastałby w swej poczekalni nowego pacjenta — neurastenika. Pomimo to żadnemu z nas ci nowi pacjenci nie są mili, gdyż leczenie ich nie na małe napotyka trudności. Już sam fakt, że prawie każdy lekarz stosuje swoją własną metodę, wskazuje, jak trudno sobie poradzić z tymi chorymi, szczególnie w praktyce prywatnej, gdzie chorzy ci ciągle zmieniają lekarza. Jednak wobec ogromu chorych na neurastenję, nasze obserwacje mogą nam ułatwić wyrobienie sobie racjonalnej metody leczenia, tego tak częstego cierpienia.

Neurastenja, jak wiadomo występuje przeważnie u ludzi pracujących umysłowo, ale nie brak jej również i wśród pracujących fizycznie. Powstaje ona więc wskutek wyczerpania umysłowego wzgl. fizycznego. U neurasteników przemiana materji odbywa się zbyt szybko, co też nam tłomaczy skąpe odkładanie się u nich tłuszczu, osłabienie sił fizycznych i t. p. Również wydzielanie się fosforu z moczem jest u neurasteników wzmożone (liczne fosfo-

L. p.	Imię i wiek chorego	Stan przed leczeniem			Czas i sposób leczenia	Stan po leczeniu
		Stan kliniczny	Czas trwania choroby przed lecz.	Zdolność płciowa		
1	Ludwik K. 23 l.	Uczucie lęku, bezsenność, łatwe wyczerpywanie się wzroku i słuchu, odruchy wzmożone, dermograph.	2 lata	Ejaculatio praecox	3 miesiące. Phosphit Spiess, Strychnina.	Czuje się zupełnie dobrze, sen spokojny. Chory uważa się za wyleczonego.
2	Marja B. 29 l.	Bezsenność, brak woli i energji, drganie włókienkowe mięśni. Obawa p zestrzeni.	6 lat	—	4 miesiące z krótkiemi przerwami. Phosphit Spiess.	Czuje się znacznie lepiej.
3	Piotr M. 41 l.	Nerwobóle zmienne, co do umiejscowienia zwiększona pobudliwość wasomotorów upośledzenie pamięci.	5 mies.	Erectio incompleta	6 tygodni. Phosphit Spiess, Strychnina rad. Valerian. w pigułkach.	Bóle zupełnie ustały i chory czuje się dużo lepiej.
4	Marjan B. 26 l	Uczucie lęku, bóle głowy, nerwica przewodu pokarmowego, wychudzenie.	$1^1/_2$ r.	dobra	2 miesiące. Phosphit Spiess, żelazo.	Chory czuje się znacznie lepiej, zaburzenia przewodu pokarmow. ustały.
5	Franciszek L. 24 l.	Hypochondrja, nadmierna pobudliwość.	3 lata	dobra	3 miesiące. Phosphit rad Valerian.	Chory czuje się zupełnie dobrze.
6	Abram D. 21 l	Uczucie lęku, bóle głowy	8 mies.	dobra	5 tygodni. Phosphit.	Czuje się dobrze.
7	Izak F. 27 l.	Łatwe męczenie się umysłowe i fizyczne upośledzenie pamięci.	4 lata	Ejaculatio deficiens	4 miesiące z przerwami. Phosphit + Extr. Strychn.	Czuje się dobrze.
8	Anna B. 34 l.	Podniecenie nerwowe, hyperhidrosis, Mysophobia.	8 lat	—	3 miesiące. Phosphit, rad. Valerian.	Chory spokojniejszy, czuje się ogólnie lepiej.
9	Helena M. 19 l.	Bóle głowy, pobudliwość wasomotorów, pollakuria.	5 mies.	—	5 tygodni. Phosphit.	Chory czuje się znacznie lepiej, pollakuria ustała.
10	Helena B. 25 l.	Nerwowe zaburzenia przewodu pokarmowego, osłabienie pamięci, bóle głowy.	2 lata	—	2 miesiące. Phosphit, żelazo.	Chory czuje się dużo lepiej.
11	Piotr K. 21 l.	Bezsenność, brak woli, łatwa pobudliwość, wychudzenie.	$2^1/_2$ r.	dobra	2 miesiące. Phosphit. acid. arsenic.	Chory czuje się zupełnie dobrze.
12	Samuel D. 29 l.	Nadmierna pobudliwość, upośledzenie pamięci.	1 rok	dobra	6 tygodni. Phosphit. rad Valerian.	Chory czuje się lepiej.
13	Paulina D. 38 l.	Bóle głowy, łatwe męczenie się umysłowe	2 lata	—	3 miesiące. Phosphit, rad. Valerian. natr. brom.	Chora czuje się dużo lepiej.
14	Franciszek B. 40 l.	Hypochondrja, zaburzenia przewodu pokarmowego.	3 lata	Ejaculatio praecox	$2^1/_2$ mies. Phosphit. Strychnina.	Chory czuje się bardzo dobrze.
15	Eljasz M. 19 l.	Bezsenność, nerwobóle w różnych okolicach ciała.	10 mies.	dobra	2 miesiące. Phosphit.	Chory czuje się zupełnie dobrze.
16	Stanisław M. 30 l.	Brak woli i energji, osłabienie pamięci, nadmierna pobudliwość.	3 lata	dobra	$2^1/_2$ mies. Phosphit.	Czuje się zupełnie dobrze.
17	Gustaw H. 29 l.	Bóle głowy, hyperhidrosis, nadmierna pobudliwość nerwowa, wychudzenie, brak apetytu.	2 lata	dobra	6 tygodni. Phosphit, żelazo.	Chory czuje się lepiej, apetyt dobry, bóle głowy ustały.
18	Józef T. 33 l.	Bicie serca, zwiększona pobudliwość nerwowa, bezsenność, uczucie lęku.	3 lata	Ejaculatio praecox	3 miesiące. Phosphit, Strychnina.	Czuje się dużo lepiej.
19	Bolesław Z. 31 l.	Nadmierna pobudliwość nerwowa i wasomotorów, bóle głowy.	2 lata	Errectio incompl.	6 tygodni. Phosphit, extr. Strychn.	Czuje się lepiej.
20	N. B. 32 l.	Uczucie lęku, bóle głowy, pocenie rąk i głowy.	6 lat	dobra	4 miesiące. Phosphit.	Chory czuje się dużo lepiej.
21	Antoni J. 33 l.	Bezsenność, brak woli i energji, bicie serca, łatwe męczenie się umysłowe.	2 lata	Errectio incompl.	6 tygodni. Phosphit, extr. Strychn.	Czuje się lepiej.

rany w moczu chorych na neurastenję). Prof. Tarchanow twierdzi, że „fosfor dla człowieka pracującego umysłowo jest tem, czem mleko matczyne dla niemowlęcia". Jeżeli teraz zwrócimy uwagę na to, że najwięcej neurasteników dostarcza nam właśnie wytężona praca umysłowa, życie gorączkowe w ciężkich warunkach powojennych, nasuwa się mimowoli pytanie, czy owe twierdzenie prof. Tarchanowa nie tłumaczy nam choć częściowo zagadnienia, co do roli fosforu w leczeniu neurastenji. Jeżeli bowiem wskutek długotrwałej wytężonej pracy umysłowej, w czasie której nasz organizm traci szczególnie dużo fosforu, nabawimy się neurastenji, to prostem się wydaje, że dla przywrócenia zaburzonej równowagi, powinniśmy w pierwszym rzędzie wyrównać owe straty zwiększonym dowozem fosforu z zewnątrz, tem bardziej, że fosfór zwalnia również przemianę materji, która u neurasteników, jak wyżej wspomniano, jest przyśpieszona.

Kierując się takiem rozumowaniem zacząłem stosować u swoich chorych na neurastenję przeważnie organiczny fosfor w postaci „Phosphit Spiess'a i prawie we wszystkich leczonych tym sposobem przypadkach osiągnąłem wyniki zupełnie zadowalniające, znacznie przewyższające inne metody. Wspomnieć jednak muszę, że w preparacie Phosphit Spiessa obok fosforu organicznego odgrywać musi dużą rolę leczniczą, również i jon wapniowy (zahamowanie nadmiernie posuniętej przemiany materji i t. d.).

Stosowanie Phosphitu przez czas dłuższy u chorych na neurastenję ułatwiło mi również w dużym stopniu późniejsze leczenie swoiste niemocy płciowej, która przypadkowo towarzyszyła niektórym chorym. Dzięki tym przypadkowym spostrzeżeniem stosuję odtąd w leczeniu „impotentia coeundi" (Phosphit Spiessa), poczem dopiero zaczynam leczenie swoiste (Yohymbina, strychnina, neurotonina, Inj. Testiculi Spiessa, extractum Glycer. Testicul i t. p.) i obserwuję daleko trwalszą i szybszą poprawę, niż poprzednio, kiedy w podobnych przypadkach odrazu zacząłem od leczenia swoistego.

W. JANUSZ. Lwów.

O pierwotnej torbieli rozległej płata czołowego, występującej z jamistością rdzenia — jako podłożu anatomicznem padaczki objawowej [1]).

Zakład umysłowo-chorych w Kulparkowie.
Dyrektor Dr. med. J. Bednarz.
Prymarjusz: Dr. med. W. Janusz.

Zagadnienie, dotyczące pochodzenia i powstawania torbieli w mózgu, stanowi niezwykle ciekawy temat, ponieważ właśnie w tym narządzie istnieją liczne czynniki, sprzyjające ich zawiązkowi. Delikatna i miękka tkanka mózgowa, otoczona od zewnątrz i od wewnątrz płynem mózgowo-rdzeniowym — jest wogóle podatnem tłem dla powstawania torbieli. Również i medycyna praktyczna zdradza żywe zainteresowanie się owym ciekawem zagadnieniem, które pobudza neurologów do wysubtelnienia ścisłych metod rozpoznawczych, chirurgów zaś do opracowania najsłuszniejszej techniki operacyjnej, która w ostatnich latach wprowadza nawet coraz pewniej t. zw. trepanację próbną.

Nauka nie zna dotychczas pewnego, ściśle określonego obrazu anatomo-patologicznego padaczki objawowej, dającej zresztą tyle niemal różnorodnych zmian, ile jeno spostrzegano przyczyn, wywołujących owe schorzenie.

Jak wiadomo, sprawa podziału padaczki na jej poszczególne odmiany rodzajowe jest wciąż nadal tematem ożywionych sporów naukowych, które wahają się w granicach krańcowych zdań. Nauka, wyodrębniając padaczkę, nadawała jej pojęcia od choroby *sui generis* aż do zespołu objawów. Ostatnio uciera się coraz bardziej mniemanie , że padaczka jest jeno zwyczajnym odczynem środkowego układu nerwowego, uzewnętrzniającym się stale jednym i tym samym objawem, to jest napadami drgawkowemi. Istnieje dość danych anatomicznych, dozwalających na wyodrębnienie postaci padaczki, cechującej się właściwościami zarodkowemi glejų, który przez dłuższy okres czasu zachowuje wybitną zdolność do rozległego wybujania. Owej predyspozycji mózgowej, wyrażającej się odrębnem wykształceniem układu nerwowego oraz potencjonalnemi właściwościami tkanek, wchodzących w jego skład, odpowiada właściwy przebieg chemiczno-biologicznych procesów. One to wyjaśniają w pewnym stopniu dynamiczne napięcie pierwocin nerwowych do spowodowania w niektórych okolicznościach odczynu drgawkowego. Postać takiej padaczki odpowiada zwłaszcza klinicznemu pojęciu padaczki samorodnej. W związku z tem Redlich 1) coraz częściej używa określenia padaczki przewlekłej w odróżnieniu do poszczególnych napadów, wywołanych czynnikami zewnętrznemi. Dlatego też w świetle danych anatomicznych odróżniamy dwie zasadnicze postacie padaczki, z których pierwsza cechuje się postępującem wybujaniem rozlanem gleju (gliozą) w przeciwstawieniu do organicznych schorzeń mózgu drugiej postaci, która znamionuje się wprawdzie również wybujaniem gleju, to jednak bardziej ograniczonem, nie przekraczającem sfery objętej czynnością, zmierzającą do zastępczego wypełniania ubytków czyli t. zw. gliozy reparacyjnej.

Już oddawna znany jest w anatomji patologicznej podział torbieli układu nerwowego na pierwotne i wtórne czyli prawdziwe i rzekome. Pochodzenie tych ostatnich łączy się z rozpadem i rozmiękaniem nowotworów (glejaki, mięsaki, torbielaki skórzaste), z rozssaniem się wylewów krwawych, z zapalnemi oraz zanikowemi zmianami miąższu nerwowego, a wreszcie pasorzytami. Do pierwotnych zaliczamy torbiele powstałe z wadliwie wykształconych komór, t. j. z ich uchyłków oraz z naturalnych zagłębień mózgu, jakie wytworzyły się na tle zmian zapalnych wyściółki wewnętrznej komór. Ten podział zasługuje ze wszech miar na uznanie, albowiem wyjaśnia dostatecznie patogenezę torbieli mózgowych a zarazem zdaje się wytyczać drogę dla stosowania najtrafniejszego lecznictwa.

Pojęciem torbieli określamy pewną wytwarzającą się wolną przestrzeń międzytkankową ustroju, wypełnioną płynną bądź gazową zawartością. Odpowiednio do liczby takich wolnych przestrzeni wyróżniamy torbiele jednokomorowe i wielokomorowe (uniloculare et multiloculare). Wielkość tych torbieli waha się od objętości ziarna fasoli do orzecha laskowego. Powstają one z tworów gruczołowo-nabłonkowych, jako torbiele retencyjne, tylko pod wpływem stopniowo zaznaczającej się niedrożności przewodów wydalających. Nagłe uszczelniania dróg odprowadzających nie przyczyniają się nigdy do wytwarzania torbieli, albowiem wydzielnicza czynność zostaje wówczas zupełnie zniesiona. Retencyjne torbiele należą do zmian wstecznych. Natomiast torbiele, wytwarzające się wskutek samoistnego wzrastania ich ścian — zowią się proliferacyjnemi i zaliczają się raczej do działu nowotworów. Torbiele te powstają niekiedy również w wadliwie odszczepionych zawiązkach nabłonka zarodkowego lub nawet na tle porozszerzanych naczyń krwionośnych i chłonnych. W pierwszych dwóch przypadkach wewnętrzną powierzchnię wyściela warstwa nabłonkowa, w trzecim składa się ona ze śródbłonków, przedstawiając twory zwane *haemangioma* et *lymphangioma cysticum*. Pierwotnym zawiązkiem torbieli nabłonkowych mózgu jest najczęściej przednia część gruczołowa przysadki mózgowej, natomiast rzadziej przybierają one charakter nowotworowy w miąższu szyszynki. Śródbłonkowe torbiele wywodzą się zwykle z *thelae choriodeae* komór, występując prawie stale we większej liczbie. Takiemiż tworami są również torbiele opon, jednakże ich patogeneza omówiona już poprzednio w pracy mojej pod tyt. „W sprawie pochodzenia i powstawania torbieli opon miękkich" Pol. Gaz. Lek. Nr. 31, r. 1924. odbiega znacznie od niniejszego tematu. Piśmiennictwo zna wreszcie t. zw. torbiele gazowe w mózgu, pojawiające się zazwyczaj w większej liczbie, których pochodzenie polega na wniknięciu do tkanki mózgowej drobnoustrojów, posiadających właściwość wytwarzania gazów. Drobnoustroje te stwierdzano często w bezpośredniem sąsiedztwie wspomnianych torbieli, a to w przypadkach ogólnej posocznicy, zwłaszcza w porze letniej, przyczem charakterystyczne jest, że t. zw. odmę gazową spostrzegano równocześnie w wielu narządach.

Pierwotne torbiele układu nerwowego powstają najchętniej w półkulach móżdżka a nowoczesne piśmiennictwo lekarskie podało liczne ich przykłady. Zdaniem Henschena 2) najczęstszym zaburzeniom rozwojowym ulega właśnie móżdżek. Zaburzenia te przyczyniają się do rozwoju torbieli, ponieważ w okresie wykształcania się móżdżka uwypukla się jego wewnętrzna strona, na której dają się wówczas wyróżnić z łatwością dwie powierzchnie, z których jedna ciągnie się w kierunku podstawowym, druga zaś w kierunku rdzeniowym. Obie te powierzchnie nachylone są do siebie pod kątem ostrym. Ponieważ *plica choriodea* przylega do górnej krawędzi powierzchni rdzeniowej dlatego tam pomiędzy niemi powstaje przestrzeń szczelinowata, która w prawidłowych okolicznościach znika zupełnie, ulegając zarośnięciu. Szpara ta od swych odkrywców His'a i Bolk'a otrzymała nazwę szczeliny His-Bolk'a, a przedstawia się jako prze-

---

[1]) Według pokazu, zgłoszonego na posiedzenie Lwowskiej Sekcji neurologiczno-psychjatrycznej, które odbyło się w Kulparkowie w dniu 12 czerwca 1929 r.

mijające rozszerzenie czwartej komory. Istota torbieli móżdżkowych, zdaniem Henschen'a, polega najczęściej na przegrodzeniu się owej szczeliny, która dzięki nagromadzeniu się zawartości płynnej — przeistacza się w twór torbielowaty. Są one zatem wodniakiem czwartej komory (hydrocele).

Dla dokładniejszego wyczerpania tematu wspomnę również o ciekawych odmianach torbieli mózgu, opisanych przez Kocher'a w Zeitschr. f. Chir. 1893 r. Przypadki te dotyczą mianowicie dwóch dziewczynek w wieku lat 15 i 17, które całkiem za młodu doznały urazów. Pierwsza, gdy liczyła 1½ roku, upadła głową na dół, druga — ucierpiała w czasie porodu kleszczowego. Napady stopniowo wzmagającej się padaczki urazowej stanowiły najważniejszy objaw u obydwóch tych dziewcząt, które wyleczono zresztą zapomocą zabiegu operacyjnego. W obydwóch przypadkach podczas operacji stwierdzono torbiele, wypełnione płynem jasnym, wielkości pięści, łączące się bezpośrednio z komorami bocznemi. Trzeci przypadek odnosił się do 16 letniego chłopca, któremu z powodu złamania czaszki usunięto odłamek kości, będący domniemaną przyczyną padaczki. Dopiero na sekcji zauważono u niego dużą torbiel, która usadowiła się w miejscu górnego i środkowego zwoju czołowego. Łączyła się ona bezpośrednio z rozszerzoną komorą boczną. Torbiel ta zawdzięczała niewątpliwie powstanie swoje zmiażdżeniu tkanki mózgowej płata czołowego, za czem przemawiałoby niejednostajne zabarwienie żółto-czerwonawe sąsiadującego miąższu nerwowego. Znamienne było w tym przypadku, że tak rozległe uszkodzenie spowodowało jeno utratę przytomności, trwającą przez 14 dni oraz przemijające połowicze porażenie po stronie przeciwnej. Rzekome owe torbiele, nieodgraniczone niczem od istoty mózgu i pozbawione jakiejkolwiek własnej wyściółki, nazywa Kocher zresztą niesłusznie, jak później zobaczymy — „porencephalią urazową".

Natomiast pierwotne torbiele surowicze półkul mózgu są zmianą do tego stopnia rzadką, że w piśmiennictwie naukowem uchodzą za białe kruki. W dostępnych źródłach piśmienniczych nie udało mi się wyszukać ani jednego podobnego opisu pierwotnej torbieli, którąby wystąpiła z równoczesną jamistością rdzenia. Z powyższych względów niżej przytoczony obraz anatomiczny zasługiwałby na szczegółowsze uwzględnienie.

Przypadek dotyczył mianowicie mężczyzny lat 47, R. T., wdowca, z zawodu nauczyciela, przebywającego ostatnio w postaci prebendarjusza Zakładu im. Bilińskich we Lwowie. Ze względu na agresywne zachowanie się i coraz częściej występujące napady padaczkowe został odesłany dn. 27. III. 1927 do Zakładu Umysłowo-chorych w Kulparkowie. Wskutek znacznie posuniętego otępienia, łączącego się z zupełnym niemal zanikiem inteligencji oraz pamięci jakoteż wobec braku zupełnej orjentacji w przestrzeni i w czasie, wywiady z chorym dały bardzo skąpe wyniki. Chory nie potrafił podać ani miejsca urodzenia, ani rodzaju uprawianego zawodu i wykształcenia, ani miejsca swego obecnego pobytu a nawet nie potrafił określić daty, miesiąca i roku, a nadto nie poznawał lekarza. Brak bliższych krewnych uniemożliwił wyrobienie sobie jakiegokolwiek poglądu co do stanu chorego, poprzedzającego jego przyjście do tutejszego Zakładu. Na pytania chory odpowiadał stale uśmiechając się głupkowato i nie zdawał sobie sprawy ze swego stanu chorobowego. Objawy kliniczne, spostrzegane za życia, zarysowywały się tak nieznacznie, że więcej uwagi należałoby raczej poświęcić obrazowi anatomicznemu; poprzestaję przeto na przytoczeniu najważniejszych szczegółów opisu choroby.

Badanie przedmiotowe w chwili przybycia do Zakładu tutejszego dn. 27. III. 27 r. wykazało: Głowa zachowuje prawidłowe stosunki. Lewa powieka ciężko opada, przyczem stwierdzono, że lewa gałka oczna uległa zanikowi. Prawa źrenica wybitnie rozszerzona, nie oddziaływała na światło i akomodację. Chory prawie nic nie widział, cierpiąc nawet na brak poczucia światła. Fałd nosowo-policzkowy płytszy po stronie prawej. Język lekko zbacza od linji środkowej. Słuch przytępiony. Połykanie oraz mowa bez zaburzeń. W kończynach górnych nie zauważono żadnych zmian widocznych. Stopnia odczuwania zewnętrznych podniet nie można było określić ze względu na znaczne otępienie psychiczne chorego. Odruchy ścięgniste w szczególności kolanowe wyraźnie żywsze. Siła motoryczna kończyn dolnych wybitnie osłabiona, mięśnie wiotkie, w stanie zanikania. Chodzi niedołężnie, z trudnością, a prowadzony przez dwie pielęgnarki ledwie podnosi nogi. Odczyn Wassermanna we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym wypadł ujemnie.

30. III. W nocy wystąpiły drgawki podobne do padaczkowych, utrzymujące się również w dniu następnym. 27. IV. napad padaczkowy. 19. V. stwierdzono napad padaczki, po którym wystąpił stan spotęgowanego zamroczenia z podnieceniami. 10. VI. od kilku dni podniecony, krzyczy i wymyśla. 30. VI. Chory upadł na podłogę i potłukł się, przyczem na prawem podudziu wystąpił rozległy krwiak podskórny. 10. IX. Wybitnie niedołężny, stale leży w łóżku milcząco i zanieczyszcza się. 27. III. 28 r. Chory stale podniecony po napadzie padaczkowym, dużo mówi, krzyczy, złości się. 10. VI. Napady występują co kilka dni, niekiedy powtarzają się, jednakże przerwa trwała nawet dwa lub trzy tygodnie. Chory nic nie widzi i nie słyszy, często bywa podniecony, krzyczy i dużo mówi. 10. VII. Chory chudnie z dnia na dzień. Badanie fizykalne stwierdza stłumienie nadobojczykowe. II. IV. Chory podupada coraz bardziej, zresztą nie gorączkuje. 2. V. Pije tylko trochę mleka, z trudem mówi. Tętno słabo napięte około 50.

6. V. Zmarł o godzinie 21.

Rozpoznanie kliniczne: Epilepsia.

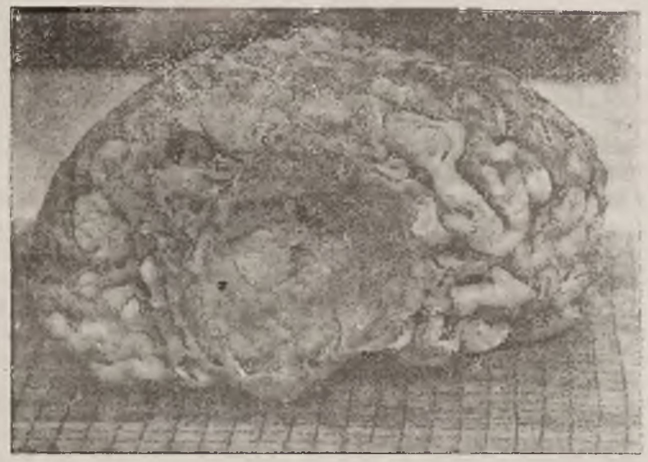
Sekcja Nr. prot. 63/1929, wykonana dn. 7. V. 29 w 27 godzin po śmierci wykazała u osobnika wzrostu słusznego, o lichem odżywieniu i słabo rozwiniętem umięśnieniu co następuje (w streszczeniu): W czasie oględzin zewnętrznych zauważyłem liczne drobne blizny oraz ogniskowe brunatnawe pigmentacje na palcach rąk i podudziach. Prawe podudzie znacznie obrzękłe. W miejscu dawnego krwiaka wystąpiło znaczne zgrubienie tkanki podskórnej, wydzielającej na przekroju dość gęsty płyn jasno bursztynowy. W okolicy prawego stawu biodrowego oraz na krzyżach stwierdziłem obecność odleżyn, głębokich na ½ cm, wielkości srebrnej dwuzłotówki; dno tych odleżyn pokrywała szaro-ropiasta zawartość ciągliwa. W narządach wewnętrznych poza przewlekłą gruźlicą płuc i zmianami wstecznemi nie zauważyłem nic godnego szczególnej uwagi.

Obszerniej nieco uwzględnię opis środkowego układu nerwowego:

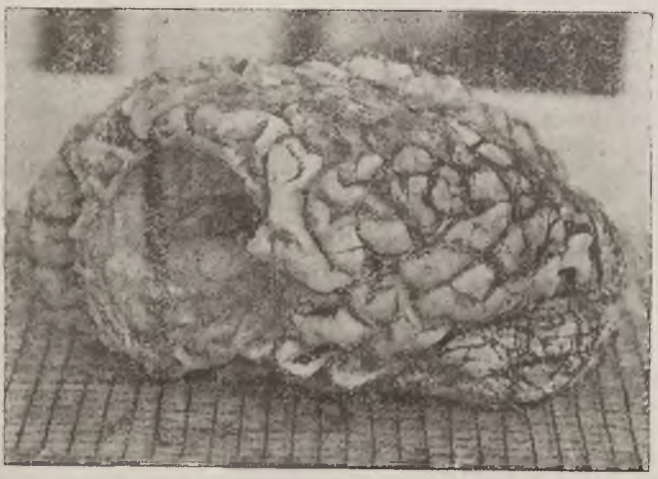
Głowa i twarz zachowują stosunki prawidłowe. Czaszka o typie mesocefalicznym, o miernym poroście. Symetrja zachowana. Szwy zaznaczone. Nigdzie nie stwierdzono żadnych śladów przebytych urazów. Po otwarciu jamy czaszkowej stwierdziłem nieznaczne ścieńczenie lewej połowy kostnej pokrywy czaszki, o wyraźnej przewadze istoty zbitej. Opona twarda była silnie napięta i nie dała się sfałdować zwłaszcza po stronie lewej. W czasie nacinania opony twardej z okolicy płata czołowego lewego począł wylewać się w obfitości płyn jasny, przeźroczysty, który w ilości około ½ litra zebrałem do zbadania. Gdy oddzieliłem oponę twardą, zrośniętą w okolicy płata czołowego lewego z istotą korową, uderzył mnie przedewszystkiem obraz rozległego ubytku jamistego płata czołowego lewego, osiągającego wielkość pięści dorosłego mężczyzny. Ubytek ów okalała ścieńczała kora mózgowa w postaci delikatnej błonki, ściśle zrośniętej z oponą twardą. Opona ta w innych miejscach przedstawiała się zresztą całkiem prawidłowo. Zatoka sierpowata górna była próżna. W innych zatokach znajdowała się skąpa zawartość ciemnoczerwonej krwi z nielicznemi skrzepami. Opony miękkie półkuli lewej biernie przekrwione i obrzękłe, przez które przeświecały poszczególne zakręty. Naczynia krwionośne na podstawie mózgu bez zmian. Mózg po wyjęciu ważył 1470 gr.; zwoje mózgowe spłaszczone, rowki zaś płytkie w szczególności w półkuli lewej. Rzuciwszy okiem na obydwie półkule dostrzegamy zmniejszenie się podłużnego wymiaru lewej połowy w porównaniu z prawą.

Torbielowata ta jama o wymiarach 8×6 cm doprowadziła do zupełnego zaniku zwoju czołowego dolnego i średniego, powodując nadto częściowe zniszczenie również zwoju czołowego górnego oraz zwojów oczodołowych. Oddzielając się ściśle od istoty mózgowej, ona to graniczy od góry ze zwojem centralnym przednim, nazewnątrz przylega do bocznej brózdy lewej mózgu i górnego lewego zwoju skroniowego, ku dołowi dotyka zwoju prostego a od wnętrza opiera się o szczątki lewego zwoju czołowego górnego. (Rycina 1). Inne zwoje zachowują zresztą prawidłowe ułożenie, ścieńczając się stopniowo ponad tą jamą w postaci delikatnej błonki, wytworzonej z szarej istoty korowej. Jama ta łączy się bezpośrednio ze środkową częścią lewej komory bocznej *(cella media)*, której przedni i dolny róg utworzyły właśnie wspólny ubytek, dochodzący do *trigonum ventriculi lateralis*. Otwór międzykomorowy *(foramen interventriculare)*, wiodący do światła 3-ej komory, był wyraźnie drożny. (Rycina 2). Wszystkie inne komory mózgu pojemności odpowiedniej. Wewnętrzna powierzchnia wspomnianej jamy wygląda jak posypana kaszką grysikową, a tylko w odcinku mózgu, zrośniętego z oponą twardą, wyściółka wewnętrzna była zmętniała i chropowata w dotknięciu palcem. Z pozostałych części tkanki mózgowej w okolicy torbielowatego uwypuklenia można wnioskować o proporcjonalnem ścieńczeniu białej i szarej istoty, które wreszcie zanikają na szczycie

w zupełności. Spoidło wielkie bez zmian widocznych. *Ventriculus septi* pojemności odpowiedniej, *septa* zaś są prawidłowo zachowane. Podstawa mózgu w szczególności wzgórek wzrokowy oraz prążkowie po stronie lewej w stosunkach anatomicznyych nie odbiega wcale pod względem rozmiarów od tych samych tworów po stronie prawej, przyczem poszczególne jądra wyraźnie się odgraniczają od otoczenia. Sploty naczyniaste były miękkie i soczyste. Nerw węchowy oraz wzrokowy po stronie lewej widocznie ścieńczały w porównaniu z prawą połową mózgu.



a



b

Ryc. 1 a i b.
Pierwotna torbiel lewego płata czołowego sfotografowana w odmiennych pozycjach.

W czasie sekcji kanału kręgowego stwierdziłem, że opona twarda była gładka i lśniąca z obydwóch stron. Opony miękkie były nieco obrzękłe. Korzonki przednie i tylne bez wyraźnych zmian. Rdzeń przedłużony w okolicy zgrubienia szyjnego nie wykazuje na przekrojach poprzecznych jakiejkolwiek różnicy między prawą a lewą stroną. Na licznych natomiast kolejnych przekrojach dalszych odcinków rdzenia zaznaczała się asymetrja w rozmieszczeniu przedniej i tylnej jego brózdy. Na wysokości IV i V kręgu piersiowego stwierdziłem w rdzeniu wyraźne zgrubienie, zawierające na przekroju nieznaczną lukę jamistą wielkości ziarna ryżu o zapadniętych ścianach. Podczas nacinania tego odcinka rdzenia z opisanej jamki wydzielił się płyn jasny i przeźroczysty. Spoistość rdzenia była wyraźnie obrzękła.

Do badania drobnowidowego pobrałem skrawki z najbardziej uwypuklającej się części przedniego rogu komory lewej, z okolicy trigonum obydwóch komór bocznych, z komory IV, z rdzenia przedłużonego oraz z licznych odcinków rdzenia utrwalane zarówno w formalinie jak i w alkoholu, z zastosowaniem następujących metod barwienia: sposobem N i s s l'a, H o l z e r'a, v. G i e s o n'a, W e i g e r t-P a l'a, S t ö l z n e r'a, M a l l o r y, A n g l a d è a, D r e s z e r'a, S n i e s a r e w'a, R i o H o r t e g a i hematoksyliną i eozyną.

Skrawki, pochodzące z najbardziej uwypuklonej części przedniego rogu komory lewej wykazują najciekawsze zmiany w zachowaniu się wyściółki wewnętrznej, która w okolicy płata czołowego lewego była wybitnie zgrubiała o wyglądzie jakby posypana kaszką grysikową. W obrazie drobnowidowym warstwa nabłonkowa niejednolicie wyściela ścianę omawianego uwypuklenia, miejscami bowiem układają się komórki wyściółkowe w jedną warstwę lub nawet przybierają charakter wielowarstwowy, miejscami natomiast brak ich zupełnie. W niektórych miejscach widoczne są liczne uwypuklenia o kształtach brodawkowatych, z których większe wytworzone są z wielokrotnie poprzeplatanych włókien glejowych oraz z jąder komórek glejowych. Włókna te dostają się bezpośrednio z głębszych warstw gleju podwyściółkowego, rozprzestrzeniającego się w postaci zbitego splotu włókien, które stopniowo przechodzą przez bardziej wiotkie utkanie glejowe w miąższ istoty mózgowej. (Rycina 3). Opisane obrazy dotyczą tylko wyściółki przedniej części komory lewej, natomiast wewnętrzna jej powierzchnia w okolicy *trigonum* nie odbiega od prawidłowego stanu. Właśnie przytoczona rycina przedstawia jednowarstwowy układ komórek wyściółkowych o kształtach cylindryczno-brukowych, wspomnianego odcinka. W taki sam prawidłowy sposób zachowuje się również wyściółka innych komór mózgu.

Ryc. 2.
Schemat poziomego przekroju omawianego mózgu: prawa półkula przedstawia prawidłowe wymiary komór, lewa zaś uwidacznia zarysy torbieli płatu czołowego.



1. Lewy tylny splot naczyniasty. — 2. Prawy przedni splot naczyniasty. — 3. Przedni róg komory bocznej. — 4. Dolny róg prawej komory bocznej. — 5. Tylny róg komory bocznej. — 6. Czwarta komora. — 7. Trzecia komora. — 8. Wodociąg Sylwiusza. — 9. Otwór Monroe'go. — 10. Otwór Magendie prowadzący od światła komory w przestrzeń podpajęczynówkową zewnętrznej powierzchni układu nerwowego. — 11. Podobny otwór Luszki. — 12. Torbiel, powstała ze zlania się przedniego i dolnego rogu lewej komory bocznej.

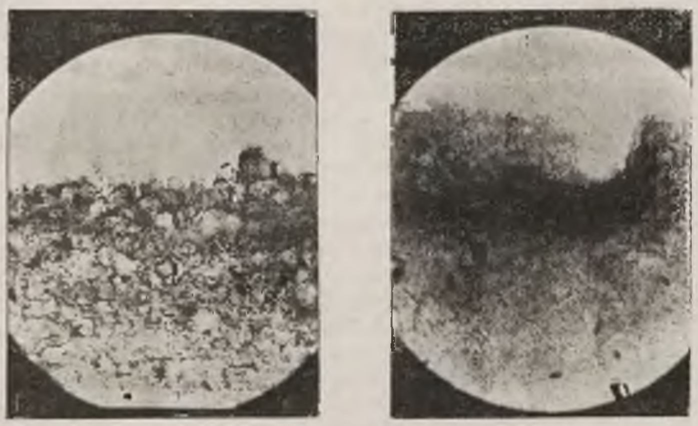
W zewnętrznej warstwie ściany omawianego uwypuklenia torbielowatego stwierdza się stan wybujania, składający się z komórek i włókien glejowych, wyraźnie przeważających. Poszczególne włókna wyróżniają się swojemi rozmiarami i grubością, układ zaś ich przebiega w sposób podobny do włókien nerwowych i odznacza się równokształtnem bujaniem o typie zwanym *isomorphe gliose*. Ze stwierdzonych obrazów zachowania się gleju wnioskować można, że główne jego zadanie streszcza się w dążności do wypełnienia ubytków przestrzennych. Pierwociny glejowe obok wyraźnych zmian postępowych wykazują również pewne cechy zmian wstecznych. Pojawienie się tych ostatnich w postaci drobnych komórek o nieprawidłowych kształtach, obfitujących w drobne ziarenka lipofuscyny w omawianym przypadku jest zupełnie zrozumiałe ze względu na podeszły wiek zmarłego. Nigdzie natomiast nie stwierdzono obecności barwika hemosyderyny ani też jakichkolwiek śladów przebytego krwawienia.

Odczyn sporządzony zapomocą żelazocjanku potasu i kwasu solnego nie wykazał cząsteczek żelaza w badanych skrawkach

ścian opisanej torbieli, z czego wnosić należy, że wzmiankowana tkanka nerwowa nie posiadała żadnego śladu przebytych krwawień. Również badania tych samych skrawków metodą del Rio Hortega, uzupełnioną sposobem Spatz'a na obecność żelaza — wypadły ujemnie. W obrazach zabarwionych zapomocą węglanu srebra stwierdziłem znaczny rozrost komórek Hortegi, skupiających się najchętniej w pobliżu większych naczyń lub otaczających naczynia włosowate, które uwidoczniają się wyraźnie na badanych skrawkach. W tych obrazach owe pierwociny mi-



Powiększenie D. D. Zeissa.



Powiększenie A. H. Zeissa.

Ryc. 3.

Obrazy, odpowiadające zmianom *Ependymatisis chronica cum sclerosi neurogliali.* Preparaty, barwione wybiórczemi metodami gleju.

krogleju nie posiadają wcale cech przerostowych, a wobec zupełnego braku świeżych (t. j. nowowytworzonych) naczyń uważałbym, że obfitość komórek Hortegi w omawianym przypadku stanowi pewien wyraz upodabniania się opisanej tkanki nerwowej do zarodkowego układu nerwowego. Podobne obrazy u noworodków opisał szczegółowo del Rio Hortega 3). Rycina 5).

Ze względu na aktualność wyjaśnionych w ostatnich latach ciekawych faktów morfologicznych, dotyczących mikrogleju — wspomnę w tem miejscu o wszechstronnych dociekaniach del Rio Hortegi oraz jego uczniów, które dowiodły, iż komórki trzeciego elementu powstają w ustroju zarodka znacznie później, niż glej nerwowy. A mianowicie w późniejszych okresach życia embrjonalnego, gdy układ krwionośny mózgu zostanie już wykształcony — pierwociny mikrogleju wyłaniają się dopiero znacznie później po nim. Powstają one w istocie białej w najbliższem sąsiedztwie komór mózgowych i to zupełnie niezależnie od wyścielającego nabłonka, z którego jak wiemy, wywodzą się przez odszczepienie i wywędrowanie poszczególnych neuroblastów i glejoblastów, które tworzą pierwszy i drugi element tkanki nerwowej. Mikroglej względnie mesoglej czyli trzeci element — różni się od innych składników tkanki nerwowej nietylko pochodzeniem mesodermalnem lecz także i tą okolicznością, iż mikroglej wytwarza się chętnie w pobliżu opony (*tela choriodea sup.* i okolica szpary Bichat). Z pierwotnych ognisk rodzinnych oddalają się z biegiem czasu poszczególne pierwociny mikrogleju w oba przeciwne kierunki ku biegunom półkul mózgu. Del Rio Hortega, starając się dowieść mesodermalno-leukocytarnego pochodzenia mikrogleju, przypuszcza, że histogeneza tych gromadzących się nieraz licznie komórek Hortegi dookoła naczyń, opiera się na pierwocinach tkankołącznowych przydanki, względnie w niektórych przypadkach na t. zw. monocytach krwi krążącej, które są haemohistoblastami czyli pochodnemi głównie pierwocin tkanki łącznej wprost, bez przebywania okresu rozwojowego haematocytoblastów.

W obrazach histologicznych skrawków, wyciętych ze ścian omawianej torbieli, zabarwionych metodą Nissl'a, zauważyłem w komórkach zwojowych całą kolej zmian wstecznych, stopniowanych od najlżejszych aż do najcięższych. Nadto rzuca się w oczy obecność dość licznych wielojądrzastych komórek zwojowych, wśród których przeważają komórki dwujądrzaste. Na wyróżnienie zasługują wreszcie liczne komórki, wyglądające jak



Ryc. 4.

Niezmienione komórki okolicy *trigonum ventriculi lat. sin.* Preparat zabarwiony hematoksyliną i eozyną. Powiększenie A. A. Zeissa.

pręciki, rozmieszczone przeważnie w warstwie wielokształtnej: one są okolone skąpą ilością pierwoszczy. Jądra ich przeważnie o postaci prostej bądź lekko zagiętej laseczki, stępionej na końcach, załamują się niekiedy pod kątem prostym lub rozszczepiają w środkowej swej części na dwa odgałęzienia. Na biegunach



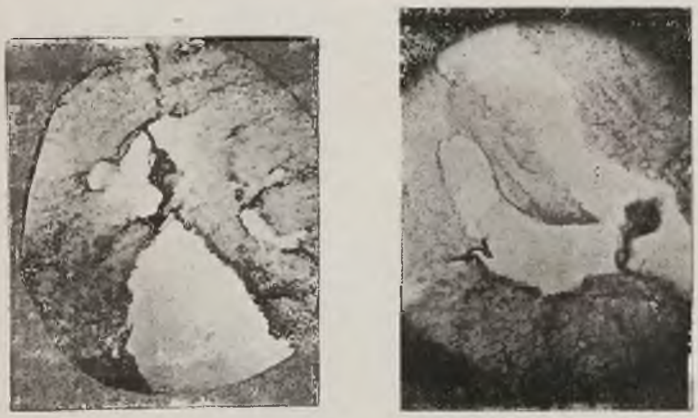
Ryc. 5.

Rozrost komórek Hortegi. Preparat barwiony węglanem srebra. Powiększenie A. H. Zeissa.

wspomnianych komórek dostrzec można podczas obracania śrubą mikrometryczną długie wypustki nitkowate, zmierzające w kierunku równoległym do przebiegu komórek pręcikowych. Zgodne zdanie badaczy wyraża myśl, że komórki pręcikowe występują w związku z najrozmaitszemi sprawami chorobowemi, które cechują się ubytkiem pierwocin nerwowych, stanowiąc wyraz dążności ustroju, zmierzającego do uzupełnienia luk, powstających w następstwie kurczenia się tkanki nerwowej. Komórki pręcikowe zawdzięczają swoje pochodzenie, zdaniem większości, pierwocinom glejowym. Niektóre atoli z zauważonych komórek pręcikowych są prawdopodobnie pokurczonemi pierwocinami nerwowemi i jeno wyglądem upodabniają się do właściwych komórek pręcikowych. Naczynia oraz ich ściany nie wykazują jakich-

kolwiek zmian uchwytnych. Kora w obrazie cyto-architektonicznym w otoczeniu wspomnianej torbieli wykazuje prawidłowe uwarstwowienie ścieńczałe.

W obrazie histologicznym zgrubiałego odcinka rdzenia piersiowego zauważyłem na licznych przekrojach obecność dość obfitych jamek, łączących się ściśle z ośrodkowym kanałem rdzenia, które wytwarzały w nim właśnie różnokształtne uchyłki, wyścielone miejscami również nabłonkami wyściółkowemi. Owe szczeliny i uchyłki, powstające od strony rozszerzonego kanału rdzeniowego — rozprzestrzeniają się w kierunku rogów tylnych; natomiast rogi przednie zachowują się zupełnie prawidłowo, dzięki czemu nie zauważyłem wybitniejszych zaników, będących następstwem upośledzonego odżywienia mięśni. (Rycina 6). W tylnych rogach można było nadto stwierdzić obecność mniejszych szczelinek, niezależnych od kanału środkowego, a wyścielonych od wewnątrz wyraźnie widocznemi komórkami wyściółkowemi. Z obrazów następujących kolejno skrawków histologicznych rdzenia można wnosić, że luki te rozszerzają się lub zwężają wzdłuż osi podłużnej rdzenia, zajmując przeważnie górną część rdzenia piersiowego. W lędźwiowych odcinkach rdzenia oraz niżej leżących nie dostrzegłem wspomnianych jamistości. Komórki ependymalne kanału kręgowego rdzeniowego wykazywały znamiona wyraźnego rozrostu wielowarstwowego a dookoła niego, jak również w bezpośredniem sąsiedztwie zauważonych jamek stwierdziłem wybitne koncentryczne wybujanie gleju, sięgające również obwodu. Ściany tych jamek zbudowane są z włóknistej tkanki glejowej, przyczem posiadają charakterystyczne wypustki brodawkowate, zwrócone swą stroną wypukłą do światła jamki. Wybujała tkanka glejowa skupia się dookoła jamistości, której warstwa wewnętrzna, rozbudowująca ściany owych luk — jest bardziej pulchną i delikatną, upodobniając się do sieci pajęczej. Na obwodzie tego wybujania glej tworzy bardziej lite smugi, wielokrotnie poprzelatane wzajemnie, wypuszczające odgałęzienia we wszystkich kierunkach.



Ryc. 6.
Wytwarzanie się uchyłków jamistych wzdłuż światła kanału rdzeniowego, w następstwie *ependymatitis cum hodromyelia chronica progressiva.*
Preparaty barwione wybiórczemi metodami glejowemi.
Powiększenie A. H. Zeissa.

Dok. nast.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Z posiedzenia lekarzy szkolnych przy wydziale Wychowania fizycznego i higjeny szkolnej w Ministerstwie W. R. i O. P. w dniu 17 października 1929.

Przewodniczy Dr. St. Kopczyński.
Sekretarz Dr. Wł. Niewiński.
Obecnych osób 61.

1) Przewodniczący podaje w sprawie kursu dokształcającego dla lekarzy szkolnych, że w porozumieniu z Dyrekcją Państwowej Szkoły Higjeny, program kursu, stosownie do życzeń kolegów lekarzy szkół warszawskich, został ułożony w ten sposób, aby umożliwić tym kolegom skorzystanie z tego kursu. Program będzie obejmował 4 działy:

a) organizacja i wykonawstwo opieki higjeniczno-lekarskiej nad młodzieżą szkolną (9 godzin),

b) patologja schorzeń wieku szkolnego (28 godzin),

c) podstawy higjeny społecznej w zastosowaniu do wieku szkolnego (24 godziny),

d) wytyczne kontroli lekarskiej nad wychowaniem fizycznem młodzieży (15 godzin).

Kurs trwać będzie od 8 do 22 grudnia; wykłady będą się odbywały od godziny 9 do 13 i od 15 do 18. Szczegółowe programy będą wydrukowane w najbliższym czasie. Liczba uczestników nie jest ograniczona. Zgłoszenia na kurs winni kandydaci przesłać przed 20 listopada bezpośrednio do Wydziału wychowania fizycznego i higjeny szkolnej Ministerstwa W. R. i O. P. Wykłady na kursie są bezpłatne, poza wpisowem, które wynosi 10 złotych i jest płatne przed rozpoczęciem kursu.

2) W grudniu Departament Służby Zdrowia organizuje Kurs Alkohologji (od 18 do 24 grudnia). Zgłoszenia na kurs — do 20 listopada. Kurs również bezpłatny, prócz wpisowego, wynoszącego 10 złotych, płatnego przed rozpoczęciem kursu.

3) Jak wynika ze sprawozdań pp. wizytatorów higjeny szkolnej, nie wszyscy lekarze przesyłają „zawiadomienia do opieki domowej“ uczniów, co powinno być uskuteczniane po każdorazowem badaniu „indywidualnem“ ucznia.

W szkołach, w których prowadzi się wykłady higjeny, za mało się egzekwuje wymaganie, aby uczniowie mieli podręczniki. Ponadto nie zwraca się uwagi na obowiązkowy udział lekarzy szkolnych w komisjach wychowania fizycznego.

4) Obecnie zostały wprowadzone w szkołach książki o stanie wychowania fizycznego według wzoru zatwierdzonego przez Ministerstwo (nabywać je można w Polskiej składnicy pomocy szkolnych, Nowy Świat 33) — lekarz szkolny powinien czuwać, aby książka ta była w powierzonej mu szkole prowadzona, a prowadzić ją winien nauczyciel gimnastyki.

Dr. Władysław Sterling wygłosił odczyt, pod tytułem *„Uczeń psychopatyczny“.* Mówca streszcza na wstępie wyniki badań współczesnej charakterologji w zastosowaniu do badań nad psychopatją ustrojową, ujmując wielką tę dziedzinę, jako zaburzenie równowagi *ortotelicznej w myśl teorji W. Sterna oraz E. Kahna.* Psychopatja ustrojowa rozpatrywana tu jest, jako stan pogranicza pomiędzy psychiczną normą a psychiczną chorobą, — przyczem nauka współczesna odróżnia w wieku dziecięcym i młodzieńczym *stany psychopatyczne trwałe, postępujące oraz dobrotliwe* z tendencją do poprawy. Tak zwanym stygmatom degeneracyjnym przypisuje mówca znaczenie względne, raczej jako sygnału wskazującego wszechstronne zbadanie psychiki dziecka, podnosząc natomiast doniosłą rolę zaburzeń cielesnych natury czynnośnościowej (mańkuctwo, ambidekstrja, pismo zwierciadłowe) oraz różnarodne hyperkinezy, a zwłaszcza tiki. Analizując psychikę dziecka psychopatycznego, podnosi mówca względną częstość kojarzenia się stanów psychopatycznych oligofrenją, jednostronność uzdolnień, brak pewności oraz liczne złudzenia pamięci (złudzenia ujemne, konfabulacje, objawy pseudologji fantastycznej i t. p.). Przy analizie woli oraz sfery kojarzeniowej zwraca mówca uwagę na brak możności większych całości psychicznych, na ociężałość myślenia (której nie należy utożsamiać z niedołęstwem myślowem), na bluszczowość natury młodocianych psychopatów, na dysharmonję pomiędzy dziedziną afektu i intelektu, na stany dysforji czyli przygnębienia, oraz na tak zwane przełomy psychopatyczne, na biegunowo odwrotne stany podniecenia z ich reakcją w postaci włóczęgostwa i prostytucji. Szerzej zastanawia się mówca nad tak zwanym afektem patologicznym oraz nad objawami natręctw myśli i czynów, które tak często kojarzą się ze stanami lękowemi. Na zakończenie podnosi mówca olbrzymie znaczenie popędów w życiu młodocianych psychopatów a zwłaszcza popędu płciowego oraz jego zboczeń (typy urniczne, symboliczne i algologniczne) oraz omawia metody walki z psychopatją ustrojową wśród młodzieży, metody profilaktyczne, metody leczenia pracą w odpowiednich zakładach.

Przewodniczący dziękuje prelegentowi za gruntownie opracowany wykład, poruszający wszechstronnie ważne zagadnienia, w których podkreśla sprawę ochrony otoczenia od wpływu jednostek psychopatycznych oraz samą sprawę wychowania uczniów psychopatycznych, której rozwiązanie jest sprawą bardzo doniosłą, jak również wartość wskazań pedagogicznych i wychowawczych zawartych w referacie.

Pan wizytator Łazowski zapytuje prelegenta, czy nie możnaby uzupełnić poruszonego w referacie materjału omówieniem zaburzeń psychopatycznych na tle relegijnem.

Dr. Kossakówna zapytuje, jak praktycznie rozwiązać sprawę uczniów psychopatycznych, obecnie bowiem losem ich jest wę-

drowanie ze szkoły do szkoły, ponieważ każda szkoła dąży do tego, aby się takich jednostek pozbywać.

Pan wizytator Szyc uważa za wskazane uszeregowanie zbieranych obserwacji nad uczniami psychopatycznemi według rasy, narodowości, wyznania oraz stanu zamożności.

Dr. Trenkner zapytuje, jak stoi sprawa uświadomienia nauczycielskiego co do psychopatologji uczniów, a to dlatego, że nauczyciel częściej się styka z uczniem, niż lekarz szkolny, i podkreśla walory książki profesora Wachholza.

Dr. Uliński zapytuje, czy uczniowie psychopatyczni nie będą przyjmowani do „szkoły specjalnej".

Przewodniczący przypomina, że akcja wśród nauczycielstwa, naogół mało uświadomionego w sprawach psychopatologji, została zapoczątkowana na terenie Krakowa, gdzie w ubiegłym roku szkolnym profesor Piltz miał specjalne na ten temat wykłady dla nauczycieli.

Prelegent odpowiada, że do szkoły specjalnej są przyjmowani tylko wtedy uczniowie psychopatyczni, jeżeli stan psychopatyczny kojarzy się z niedołęstwem umysłowem, zresztą zaś uczniowie psychopatyczni są skazani siłą rzeczy na wędrowanie ze szkoły do szkoły, a to dlatego, że niestety dotąd nie zorganizowano szkół dla tego rodzaju uczniów. Co do psychopatji na tle religijnem, to należy zwrócić uwagę, że nadmierna np. żarliwość religijna nierzadko bywa maską erotyzmu.

Co się tyczy zależności psychopatji od czynników rasowych, narodowych, społecznych i religijnych, to jest obecnie kwestjonowana, istotnie zresztą niema dostatecznego materjału zebranego pod tym kątem widzenia, natomiast jest faktem występowanie takich objawów psychopatologicznych wśród młodzieży, jak samobójstwa, po przewrotach społecznych.

Na tem posiedzenie zakończono o godzinie 22.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Dr. Martin Engländer: *Ueber Hypothyreosen und ihre Heilung mit Mikrojoddosen.* S. 140. Verlag von Curt Kabitsch Leipzig.

Monografja rozpada się na 2 części: część teoretyczną i kliniczną. W pierwszej części zastanawia się autor nad systemem nerwowym wegetatywnym, który stoi w ścisłym związku z gruczołami o wydzielaniu wewnętrznym. Rozpatruje dalej biochemję jodu, jego rozmieszczenie w powietrzu, wodzie, roślinach, omawia jego działanie katalityczne, oraz znaczenie tego pierwiastka w fizjologji tarczycy, przyczem wypowiada swe zapatrywanie, że jod jest chemiczno-fizycznym, czynnym składnikiem hormonu tarczycy. Zastanawiając się nad wpływem hormonu tarczycy na ustrój ludzki uważa, że działa on katalitycznie. Część kliniczna obejmuje symptomatologję hypotyreoz, do której zaliczają się objawy skórne, jak obrzęki śluzakowate, obrzmienie twarzy, suchość skóry i tworzenie się łusek, ranliwość skóry (vulnerabilitas), zmniejszona zdolność przeziewu, uczucie zimna, zmiany odżywcze skóry, paznokci i włosów, procesy zapalne skóry jak trądzik, czerakowatość, wypryski. Ogromnie ważnym objawem hypofunkcji tarczycy są następnie niskie ciepłoty, osłabienie fizyczne i psychiczne, zaburzenia ze strony serca (kardiopatje). W hypotyreozach spotyka się również zaburzenia i żołądkowo-jelitowe, charakteryzujące się uciskiem w okolicy żołądka, uczuciem pełności jamy brzusznej, zaparciem stolca. Duża potrzeba snu połączona z ciągłą sennością, frigiditas sexualis resp. impotentia, pewne zmiany psychiczne (na pierwszym planie — apatja), zmiany na błonach śluzowych — oto dalsze objawy hypotyreoz, których dość dokładny opis znajdujemy w omawianym podręczniku. Stosunkowo za mało uwagi poświęca autor przemianie materji, a prawie nie uwzględnia badania przemiany gazowej, które to badanie stanowi przecież zasadniczy warunek rozpoznania hypofunkcji tarczycy.

Dla leczenia tych stanów poleca podawanie minimalnych dawek jodu a to 2—3 razy dziennie po 20 kropli roztworu Kalii jodati 0,01—0,02 g w 100 ccm wody, przez przeciąg przynajmniej 3-ch miesięcy.

Na końcu podręcznika znajdujemy dość rozległą kazuistykę tych spraw w której znowu nie uwzględniono badania przemiany gazowej.

E. Szczeklik (Kraków).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 46, z 14 listopada 1929 r.: W. Grzywo-Dąbrowski: Znaczenie t. zw. stanu grasiczo-limfatycznego (st. thymico-lymphaticus) dla medycyny sądowej (dok.). — L. Zamenhof: O fonetycznem leczeniu głuchoty (autoterapja głuchoty) — E. Weinkiper: O fizjologji i metodach badania aparatu przedsionkowego ucha wewnętrznego (streszczenie zbior. dok.). — St. Kramsztyk: W sprawie popularyzacji higjeny i medycyny. — Ś. p. Rafał Radziwiłłowicz. — K. Proeckl: Polskie ustawodawstwo sanitarne w okresie 1918—1929 r.

Dziecko i Matka, rok IV, nr. 21 z r. 1929: J. Korczakowska: Wiersz „Bunia chodzi". — M. Uklejska: Dzieci dokuczliwe. — M. Kłosińska: Dziecko i książka. — F. Kruszewska: Czekoladowy problemat. — Z. Michejdzina: Dobre nawyknienia w dziedzinie odżywiania. Kąpiel niemowlęcia. — M. N. Niepokoyczycka: Schorzenia przewodu oddechowego. — F. Łuniewska: Zatwardzenie i rozwolnienie.

Ginekologja Polska, tom VIII, zeszyt VII—IX, za lipiec-wrzesień 1929 r.: J. Szymanowicz i Z. Szantroch: Vesica gigantea (in foetu). — Z. Schantroch i Br. Stępowski: Wada rozwojowa tylnej zatoki jelita, połączona z nagromadzeniem znacznej ilości płynu jako przeszkoda porodowa. — J. Czyżak: O torbielach krwotocznych wargi sromowej większej. — K. Klein: Z kazuistyki włókniaków jajnika. — K. Stołyhwo: Zagadnienie konstytucji płciowej kobiety. — A. Cyżewicz: Znaczenie kiły utajonej dla położnictwa. — H. Wójcicki: Przypadek donoszonej ciąży po przemieszczeniu macicy sposobem Schauty-Wertheima.

Medycyna Warszawska, nr. 10 (29), z 15 listopada 1929: M. Wawrzyńska: Wyniki badań chemicznych i bakterjologicznych powietrza w szkołach warszawskich. — T. Hinz: Przyczynek do kazuistyki kiły płuc. — J. Kurczyński: Przeszłość medycyny. G. Raciążek: Przeciwreumatyczny Zjazd Międzynarodowy w Budapeszcie. — A. Stefanowski: Życiorys ś.p. Dra R. Wierzbickiego.

Nowiny Społeczno-lekarskie, rok III, nr. 22, z 15 listopada 1929 r.: J. Wilauer:Praktyki podatkowe. Z życia Związku lekarzy Państwa Polskiego. — B. Jakimiak: Znaczenie i rola organizacji społeczno-lekarskich w dobie obecnej. — R. Rudolf: Stan sanitarno-porządkowy w miastach polskich.

Medycyna praktyczna, rok III, zeszyt 10, z r. 1929: Z. Podkomorski: O leczeniu tocznia. — W. Werner: Kilka uwag o złamaniach rzepki. — M. Englichówna: Kilka przypadków tężca u dzieci.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 46, z 17 listopada 1929 r.: A. Mirkowicz: Farmacja w Jugosławji. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo jugosłowiańskie.

Medicinski Pregled.

Nr. 9. 1929. Beograd - Zagreb - Ljubljana - Sofia.

B. Spišić: *O wartości osteosyntezy w spondylitis tuberculosa.*

B. Dragišić: *Sprawozdanie z 152 przypadków grypy u dzieci.*

Lj. Dorić: *Wrzód dwunastnicy.*

M. Sekulić: *Autohaemoterapja wysięków opłucnowych.*

A. Sercer: *Collegium oto-rhino-laryngologicum amititiae sacrum.*

Przegląd piśmiennictwa. Oceny.

Nr. 10. 1929. Beograd - Zagreb - Ljubljana - Sofia.

M. Milovanović: *Embolia adiposa jako zjawisko życiowe.*

V. Vujić: *O zjawisku „fausse reconnaissance".*

B. Kosanović: *Próby leczenia raka autohaemoterapją.*

D. Tomasić: *Zagadnienie biologiczne i psychiczne płodności.*

A. Simić: *Rzadki przypadek gruźlicy mięśnia sercowego.*

D. Antić: *Leczenie djetetyczne cukrzycy.*

Przegląd piśmiennictwa. Nekrologja.

Liječnički Vjesnik.

Nr. 7. 1929. Zagreb.

Numer farmaceutyczny zawiera prace: Palmovica, Hahna, Herzoga, Lušicky'ego, Lopašica, Schwarza, Lopašica, Kretića, Weselko.

Dodatek: Staleski Glasnik: Medycyna społeczna. Sprawy zawodowe.

Nr. 8. 1029. Zagreb.

Vl. Bazala: *Neoplastica vaginae.* Autor wykonał 5 razy operację sposobem Schuberta z dobrym wynikiem i zaleca tę metodę raczej niż Baldwin - Haberlin - Mori (3 przyp.).

M. Mladenović: *Mikroanaliza i jej znaczenie.*

V. Suglian: *Guz kilowy w obrębie macula (oka).*

O. D. Günsberger: *Przyczynki do leczenia rzeżączki.*

St. Vladarski: *Szkodliwość „Pituglandol Roche" w prywatnej praktyce.*

Sprawozdania z piśmiennictwa. Oceny. Bibljografja słowiańska.

Dodatek: Staleski Vjesnik, zawiera sprawy zawodowe i medycynę społeczną. Medicinska Bibljoteka: *Guzy złośliwe* przez J. Körblera.

Nr. 9. 1929. Zagreb.

Prof. E. Mayerhofer: *O chorobach zakaźnych wieku dziecięcego wogóle, a o ich stosunku do Pirquetowskiego pojęcia allergji w szczególności.*

J. A. Berlot: *Rozwój nauki o odporności i nowoczesne leczenie przyczynowe chorób zakaźnych.*

I. Glavan: *Zagadnienie samobójstwa.*

O. Weselko: *O wpływie „animazy" na ciśnienie tętnicze i choroby wywołane przez miażdżycę.*

B. Sestak: *Doświadczenia z arsylenem Roche.*

Sprawozdania. Bibljografja słowiańska.

Dodatek: Staleski Glasnik (j. w.).

Nr. 10. 1929. Zagreb.

V. Florschütz: *Sepsis w chirurgji.*

Bubanović, Mikšić, Režek: *O jadowitości arszeniku w niektórych barwikach.*

J. Vlahović: *Leczenie gruźlicy Roentgenem.*

F. Grospić: *Kiła stawowa.*

A. Car: *Przyczynek kliniczny do znajomości arteria hyaloidea persistens.*

M. J. Budak: *Czy należy u nas używać soli jodowej.*

M. Delić: *Rozpoznawanie przy pomocy lipiodolu przy paraplegiach w następstwie spondylitis tuberculosa.*

Sprawozdania. Oceny. Bibljografja słowiańska.

Leszczyński (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Nr. 44. 1929.

H. Ehrenwald i H. Königstein: *Kliniczne i doświadczalne badania nad objawem świądu.*

E. Neuber: *Filaria sanguinis hominis w Hajdunánás na Węgrzech.* Opis przypadku.

A. Reuss: *Skazy w wieku dziecięcym.* Ciąg dalszy.

St. v. Pelláthy i E. Haintz: *Związek między anafilaksją a równowagą kwasowo zasadową.* Wnioski autorów: 1) Przesunięcie się stężenia jonów wodorowych w kierunku zakwaszenia sprzyja występowaniu szoku anafilaktycznego. — 2) Trwała alkaloza wstrzymuje wystąpienie szoku. — 3) Chwilowa alkaloza w czasie powtórnego zastrzyku nie ma wpływu na wystąpienie szoku.

B. Kokalj-Kowalewska: *O jednostronnym zaniku piersi u kobiet na tle schorzeń płuc.* Wnioski autorki: 1) U ³/₄ kobiet z jednostronnemi zmianami w płucach ulega pierś strony chorej zanikowi. 2) Prawa pierś fizjologicznie jest lepiej rozwinięta aniżeli lewa. 3) Jednostronny zanik ma znaczenie rozpoznowcze w st. początkowem gruźlicy płuc.

F. Kermauner: *Wskazania operacji położniczych.* Kurs.

A. Winkelbauer: *Zagadnienia nowszego chirurgicznego leczenia wrzodu żołądka.* Kurs dokształcający.

K. Haslinger: *Znaczenie kliniczne zmian rozwojowych nerek.*

M. Schacherl: *Dożylne leczenie jodem chorych nerwowych.* Dla praktyki.

F. Bauer: *O współdziałaniu lekarza praktyka w leczeniu skoliosy.* Dla praktyki.

J. Krzyżanowski (Gdynia).

Venerologie und Dermatologie.

Nr. 2. 1927. Moskau.

Dr. Skljär: *Praktyczne wyniki działania bizmutu* na zasadzie prób i obserwacji przeprowadzonych w klinice chorób skórnych i wenerycznych I Państwowego Uniwersytetu w Moskwie (kierownik prof. G. I. Mestschersky).

Niektóre preparaty bizmutowe nie nadają się dla praktyki, gdyż są źle znoszone i trujące. Do najlepiej znoszonych i przytem bardzo dobrze działających należy niemiecki preparat Bismogenol fabryki chemicznej Tosse i Co w Hamburgu. Autor z polecenia prof. Mestscherskiego wypróbował Bismogenol w klinice i podaje swojne wyniki.

Bismogenol jest związkiem bizmutylowym wysokowartościowego pod względem fizjologicznym kwasu oksybenzoesowego i zawiera około 60% metalicznego bizmutu. Pod względem fizykalnym jest białym bezpostaciowym proszkiem. Do celów leczniczych jest używany w postaci 10% zawiesiny w wyjałowionej oliwie. Każdy cm³ zawiera 0,06 Bi. Bezpostaciowość proszku powoduje według autora bezbolesność zastrzyków, gdyż wszystkie preparaty drobnokrystaliczne, jak Trepol, wywołują objawy podrażnienia, bóle i nacieki.

Zwraca się uwagę na prace ogłoszone w Niemczech omawiające doskonałe wyniki lecznicze Bismogenolu, czasem nawet lepsze od wyników leczenia salwarsanem.

Autor stosował Bismogenol u 33 chorych na kiłę wszystkich okresów, zastrzykując w ciągu 6—7 tygodni 15—20 razy po 1 cm³ Bismogenolu, pozatem 2 razy tygodniowo neosalwarsan. Po II injekcji Bismogenolu znikały wtórne objawy na skórze i błonach śluzowych, preparat znoszono doskonale, nie występowały żadne miejscowe lub ogólne objawy uboczne. Chorzy podczas kuracji czuli się bardzo dobrze. Ci, którzy przechodzili poprzednio leczenie Hg lub Biochinolem, byli bardzo zadowoleni z kuracji Bismogenolem. Sześciomiesięczne dziecko leczono wyłącznie Bismogenolem. Wyleczenie kliniczne osiągnięto w tym samym czasie jak przy kuracji kombinowanej.

Wyniki osiągnięte w klinice odpowiadają w zupełności doświadczeniu niemieckch autorów.

Reasumując, dochodzi autor do następujących wniosków: Bismogenol jest pełnowartościowym specyficznym preparatem przeciwkiłowym. Injekcje nie wywołują ani bólu ani nacieków i nie dają żadnych objawów ubocznych. Działanie jego jest bardziej silne i długotrwałe przy równoczesnem stosowaniu arsenobenzolu.

SPRAWY ZAWODOWE.

Prof. Dr. K. BOCHEŃSKI. Lwów.

Wyszkolenie studentów i lekarzy w położnictwie praktycznem.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.

Żaden z działów medycyny praktycznej nie może poszczycić się takim rozwojem i postępem, jak położnictwo w ostatnich kilkudziesięciu latach. Stało się to dzięki rozwojowi aseptyki i techniki operacyjnej, a zwłaszcza cięcia cesarskiego. To ostatnie umożliwia rozwiązanie kobiety rodzącej w sposób pewny i delikatny, oraz urodzenie dziecka żywego nawet w przypadkach, w których dawniej dziecko z konieczności musiało paść ofiarą, a matka niejednokrotnie była narażona, jeśli nie na śmierć, to przynajmniej na ciężkie schorzenie połogowe. Dość wspomnieć o porodach w przypadkach ścieśnień miednicy znaczniejszego stopnia, w przypadkach łożyska przodującego, drgawek porodowych i t. p.

Nie małe znaczenie odegrały w tej sprawie również inne okoliczności, jak udoskonalenie badania położniczego, poznanie należyte mechanizmu porodowego, dokładne i umiejętne określenie wskazań, jakoteż dobre ocenienie warunków do wykonania poszczególnych zabiegów położniczych i t. p.

Wszystko to razem sprawiło, że dzisiaj poszczycić się możemy tak dobremi wynikami położniczemi, jakich ten dział me-

dycyny przed wspomniana era rozkwitu i postępu może nawet nie śmiał przewidywać.

Te dobrodziejstwa wspomnianego postępu położnictwa zaznaczyły się atoli głównie w zakładach i klinikach położniczych.

Inaczej rzecz się ma z położnictwem w praktyce prywatnej, a zwłaszcza na prowincji. Z ubolewaniem stwierdzić niestety należy, że w praktyce prowincjonalnej nie daje się dotychczas odczuć tego kolosalnego postępu położnictwa, a przynajmniej w tej mierze, jakby się tego należało spodziewać.

Przyczyny tego dopatrywać się należy w wielu okolicznościach. Na pierwszem miejscu wymienić należy indolencję samej publiczności, zwłaszcza ludności wiejskiej, która zwykle wzywa pomocy lekarskiej dopiero wówczas, kiedy poród się przedłuża i kiedy bardzo często pomoc ta przychodzi już za późno.

Bardzo wiele porodów w tej sferze ludności odbywa się jeszcze dzisiaj bez fachowej opieki i tylko przy pomocy przygodnych akuszerek, t. zw. „babek wiejskich".

Wspomnieć wreszcie należy także o położnych zawodowych, a więc wyszkolonych, które bardzo często po latach praktyki zapominają to, czego się nauczyły, tak że śmiało o nich można powiedzieć, że nie dorosły do swego zadania.

Wszystko to razem sprawia, że owoce postępu położnictwa na prowincji są dotychczas, mimo wszystko, nieraz mało widoczne, a wyniki często smutne.

Przytoczyłem powyżej niektóre okoliczności, w których należy się dopatrywać winy tego stanu rzeczy. Nie ulega wątpliwości, że naprawa tych stosunków przez odpowiednie reformy i przepisy mogłaby stan ten poprawić. Nie poruszam atoli tej sprawy obecnie, gdyż stanowi ona osobny rozdział i temat do dyskusji, sięgającej głęboko w stosunki socjalne. Rzecz ta bez wątpienia jest bardzo doniosła i nie wątpię, że wcześniej czy później stanie się przedmiotem zainteresowania odpowiednich czynników.

Celem mym jest zwrócenie uwagi i podniesienie okoliczności, która oprócz wyżej przytoczonych wpływa niepomiernie i bardzo poważnie na smutny stan wspomnianych stosunków. Mam na myśli mianowicie nienależyte przygotowanie lekarzy prowincjonalnych do wykonywania praktyki położniczej.

Pominąwszy starszych praktyków położników, którzy przygotowywali się do swego zawodu w czasach przedwojennych, a więc w warunkach korzystniejszych, umożliwiających im opanowanie przedmiotu, to nie można nie podnieść, że młodsza generacja praktyków w przeważnej liczbie nie jest należycie przygotowana do wykonywania praktyki położniczej.

Gdzie jest wina tego? Śmiem twierdzić, że może najmniej po stronie tychże lekarzy.

Przeważna ich część bowiem kształciła się w czasie wojny i w czasach bezpośrednio powojennych. Każdy więc przyzna, że odbywali oni swe studja w warunkach anormalnych i bardzo niekorzystnych. Zarzuci ktoś, że winni byli przed rozpoczęciem praktyki położniczej uzupełnić swe wiadomości z zakresu położnictwa przez późniejszą praktykę na oddziałach położniczych przez czas tak długi, aby przedmiot ten należycie opanowali. Zapewne, byłaby to najlepsza i najprostsza droga zaradzenia złemu. Ale nie wolno zapominać, że przeważna część naszej młodzieży poświęca się studjom lekarskim, nie powiem bez zamiłowania, ale głównie dla kawałka chleba. Ogólne zubożenie ludności wskutek wojny stosunki te jeszcze pogorszyło. Czy więc można się dziwić, że przeważna część młodych lekarzy po uzyskaniu dyplomu pragnie jaknajrychlej rozpocząć praktykę, poprostu dlatego, aby móc żyć.

To jedna część lekarzy praktyków, t. j. ta, która, jak wspomniałem, przygotowywała się do praktyki położniczej w warunkach najmniej korzystnych.

Czasy wojny i skutki tejże powoli mijają i praca przygotowawcza lekarzy weszła już przeważnie na tory normalne. Należałoby się więc spodziewać, że najnowsza generacja praktyków położników, która kształciła się w ostatnich kilku latach, a więc w warunkach bądźcobądź kardynalnie innych i o wiele korzystniejszych, dorosła do swego zadania i jest należycie przygotowana do wykonywania praktyki położniczej.

Niestety tak nie jest. Wina tego stanu rzeczy nie leży również po stronie tychże lekarzy, ale głównie i przeważnie w warunkach od nich niezależnych, które pragnę poniżej omówić.

Według najnowszego programu studjów lekarskich, nauce położnictwa poświęcone są 4 trymestry, każdy po 75 godzin, a więc razem 300 godzin. Ponadto obowiązani są studenci do odbycia w klinice położniczej 3 tygodniowego internatu. Nie ulega wątpliwości, że jest to znaczny krok naprzód w porównaniu ze stosunkami przedwojennymi. To też sprawiło, że obecnie studenci korzystają znacznie więcej z położnictwa i posiadają znacznie więcej wiadomości z tego przedmiotu, co przy egzaminach wyraźnie się odczuwa. Jest to atoli stanowczo za mało, aby mogli bezpośrednio po uzyskaniu dyplomu lekarskiego wykonywać praktykę położniczą. Istniejący obecnie obowiązek przymusowej, jednorocznej praktyki szpitalnej po uzyskaniu dyplomu przed rozpoczęciem praktyki lekarskiej tylko wówczas mógłby zaradzić złemu, gdyby w czasie tym praktyka ta odbywała się na oddziale położniczym przynajmniej przez kilka miesięcy. Przypuszczać atoli należy, że tak nie będzie, bo jeden rok nie wystarczy na to, aby dany lekarz mógł dostatecznie długo praktykować na każdym oddziale.

Z konieczności więc każdy lekarz, mimo odbycia przepisanej jednorocznej praktyki szpitalnej, o ile zechce przygotować się należycie do położnictwa praktycznego, będzie musiał poświęcić pewien czas na ten cel w klinice względnie oddziale położniczym. Czas ten zależnie od warunków, zdaniem mojem, wahać się winien w minimalnych granicach od ½ do 1-go roku.

A teraz zastanówmy się, czy nasze kliniki i oddziały szpitalne są w możności przyjąć odpowiednią ilość lekarzy z gwarancją należytego wyszkolenia ich w powyższym czasie.

Przykład najlepiej nas o tem pouczy. Omówię stosunki, jakie pod tym względem istnieją w klinice położniczej lwowskiej, bo te znam najlepiej.

Ilość porodów w tejże klinice wynosi rocznie przeciętnie 1000. Z materjału tego korzystają przedewszystkiem uczniowie dyżurni, którzy stale dzień i noc pełnią służbę w internacie przez cały rok szkolny, asystenci w liczbie 7, stali praktykanci kliniczni, którzy wstępują na klinikę na czas dłuższy z zamiarem uzyskania ewentualnie asystentury i wreszcie t. zw. praktykanci doraźni, to jest ci właśnie, którzy pragną poduczyć się położnictwa w czasie jak najkrótszym z zamiarem rozpoczęcia praktyki na prowincji.

Dostęp do materjału, a więc także możność korzystania z niego, nie jest dowolny i równie łatwy dla każdej grupy wymienionych kandydatów. Uczniowie dyżurni badają rodzące najwięcej i najczęściej. Wychodząc bowiem z założenia, że klinika jest szkołą dla uczniów, dbać muszę przedewszystkiem o to, abym spełnił swe zadanie jako ich nauczyciel. Dlatego też każdą rodzącą bada przedewszystkiem asystent oddziałowy, a równocześnie z nim uczniowie i to w ograniczonej liczbie 2, a najwyżej trzech. Kolejno korzystać mogą i korzystają z materjału położniczego pozostali asystenci danego oddziału, następnie stali praktykanci kliniczni i to znów według starszeństwa zależnie od czasu pobytu w klinice, a na koniec dopiero ci t. zw. praktykanci doraźni, których w rozważaniach niniejszych mam na myśli.

Łatwo zrozumieć, że w takich warunkach ten przygodny praktykant niewiele i nie często ma sposobność, aby był dopuszczony do badania, a zwłaszcza do wykonania jakiegoś zabiegu operacyjnego. Jako chwilowo i krótki czas przebywającego w klinice niechętnie też i asystent oddziałowy dopuszcza do badania, gdyż woli on dać możność badania i ewentualnego operowania temu praktykantowi swego oddziału, który wstąpił na klinikę na czas dłuższy jako kandydat ewentualny na asystenta. Temu nie można się ostatecznie dziwić, bo klinika musi dbać o to, aby sobie przygotować przyszłych kandydatów na asystentów.

Dlatego też, ilekroć zgłaszają się do mnie lekarze celem przyjęcia ich na praktykę na czas krótki, uważam za swój obowiązek zwrócić im uwagę na powyższe stosunki kliniczne i nigdy nie obiecuję im, że w tak krótkim czasie będą mogli odnieść z kliniki taką korzyść, o jakiej myślą, lub jakiej się spodziewają, a to tem mniej, że każdy z lekarzy wstępujących na klinikę musi obowiązkowo pracować pierwsze 2 miesiące w pracowni klinicznej. Wielu z nich godzi się na te warunki i mimo wszystko pozostają w klinice, oświadczając, że zadowolą się, jeśli będą mogli tylko przypatrywać się. Że to nie może być wystarczające dla opanowania, chcęby powierzchownie położnictwa praktycznego, nie trzeba dowodzić.

Utrudnia dostęp do materjału położniczego wspomnianym lekarzom oprócz powyższych także ta okoliczność, że materjał położniczy kliniki nie może w całej pełni być zużytkowany do badania. Wiele rodzących bowiem zgłasza się do kliniki tak późno, że rodzą bezpośrednio po przybyciu na salę porodową tak, że o badaniu ich mowy być nie może. Przypadki, przeznaczone do zabiegów operacyjnych, a przedewszystkiem do cięcia cesarskiego, bada tylko asystent, prowadzący oddział położniczy. Przypadki rzadsze i ciekawsze badają inni asystenci kliniczni oprócz asystenta oddziałowego, więc wobec ograniczenia liczby badają-

cych nie badają ich często nawet uczniowie dyżurni. Pewna część przypadków wreszcie usuwa się od badania z wielu innych powodów.

Wszystko to razem sprawia, że materjał położniczy, który może być użyty do badania dla uczniów, a zwłaszcza dla lekarzy praktyków, w rzeczywistości jest znacznie skąpszy.

Nie można się więc dziwić, że klinika w tych warunkach, mimo najlepszych chęci i odczucia doniosłości tego stanu rzeczy, nie jest w stanie przyjąć większej ilości lekarzy na praktykę położniczą, a tych, których przyjmuje, nie może należycie wykształcić w położnictwie praktycznem.

Nasuwa się więc z konieczności pytanie, czy niema sposobu zaradzenia temu stanowi rzeczy i stworzenia warunków, któreby umożliwiały należyte przygotowanie lekarzy do wykonywania praktyki położniczej?

Odpowiedź musi wypaść twierdząco, gdyż jest taki sposób i to nawet bardzo prosty.

Jak z powyższych wywodów wynika, jedyną trudnością uniemożliwiającą wyszkolenie lekarzy w położnictwie jest brak dostatecznego materjału położniczego. Zdobycie tego materjału może całą sprawę zmienić zasadniczo i postawić ją w warunkach korzystnych. Zdaniem mojem droga do tego celu prowadzi przez urządzenie przy każdej klinice t. zw. *„polikliniki położniczej"*.

Wyobrażam sobie organizację takiej polikliniki w sposób następujący.

Podstawą organizacji jest pogotowie kliniczne, które na każde wezwanie telefoniczne udaje się natychmiast na miejsce wezwania. W skład tego pogotowia wchodzi przedewszystkiem, jako kierownik odpowiedzialny, asystent wyszkolony w położnictwie, jeden lub dwóch studentów, pełniących służbę w internacie, jeden lub dwóch praktykantów i pielęgniarka zawodowa. Pogotowie to zabiera ze sobą oprócz instrumentarium wszystkie utensilia, jakie w czasie porodu mogą być potrzebne. Po przybyciu na miejsce kierownik pogotowia orjentuje się w sytuacji, bada rodzącą i w razie potrzeby przystępuje do wykonania potrzebnego zabiegu. Przypadek dany omawia ze swą asystą, uzasadnia wskazanie do zabiegu, którego wykonanie wedle uznania może ewentualnie polecić praktykantowi. Drugi praktykant ewentualnie i studenci asystują przy zabiegu. O ile przypadek jest poważniejszy i wykonanie zabiegu na miejscu jest niemożliwe, przewozi rodzącą na klinikę, gdzie dalszym losem jej zajmuje się już asystent oddziałowy.

Po dokonanym zabiegu na miejscu powierza kierownik pogotowia dalszą opiekę nad położnicą jednemu z praktykantów, który ma obowiązek odwiedzać ją codziennie, obserwować przebieg połogu i w razie potrzeby zasięgnąć porady asystenta. Wszelkie uwagi dotyczące przebiegu porodu i połogu notuje tenże praktykant w historji choroby, którą od czasu do czasu asystent kontroluje. O ile dana położnica nie ma własnej położnej, którąby się nią opiekowała, obejmuje nad nią opiekę pielęgniarka z pogotowia.

Wypuszczenie położnicy z opieki i ewidencji pogotowia może nastąpić tylko za zgodą kierownika pogotowia. Gdyby w czasie połogu wystąpiły jakieś poważniejsze powikłania, wymagające ściślejszej obserwacji lub poważniejszych badań dodatkowych, których na miejscu odwiedzający położnicę praktykant nie mógłby uskutecznić, przewozi się położnicę na klinikę.

Jeżeli w czasie nieobecności pogotowia w klinice zawezwą je do przypadku drugiego, udaje się tamże pogotowie drugie, ewentualnie w razie potrzeby do następnego przypadku pogotowie trzecie. Urządzenie odpowiedniej ilości pogotowi nie może napotkać na żadne trudności wobec dostatecznej liczby asystentów i praktykantów. Rzecz naturalna, że każde pogotowie musiałoby być równie dobrze i należycie wyekwipowane we wszystkie utensilia.

O korzyściach takiej polikliniki nie potrzebuję się chyba wiele rozwodzić. Każdemu nieuprzedzonemu rzucają się one w oczy. Przedewszystkiem obfity materjał pozwoliłby na przyjęcie na klinikę większej ilości praktykantów. Możność korzystania z obfitego materjału pozwoliłaby skrócić czas praktyki, gdyż dany lekarz miałby sposobność opanować przedmiot w czasie krótszym, a co ważna, miałby sposobność częstszą wykonywać pewne zabiegi operacyjne, a przy innych asystować. Kolosalnej doniosłości w sprawie tej jest okoliczność, że w ten sposób praktykant zetknąłby się z położnictwem praktycznem w warunkach bardzo zbliżonych do tych, w jakich później w życiu będzie zmuszony pracować. W klinice bowiem warunki pracy są zupełnie inne. Tu jest wszelka wygoda, komfort, dostateczna fachowa pomoc. Klinika jako szkoła musi być wzorem i to wzorem jak najlepszym, według którego dopiero praktyk musi sobie stworzyć sam warunki, odpowiadające zasadom tego ideału. Ale po temu nie każdy ma zmysł i spryt, jeśli się tak wolno wyrazić. Jak wielka to będzie więc korzyść, jeśli ten, który tego daru nieposiada, który z natury jest niezaradny, będzie miał sposobność widzieć wzór idealny w klinice, a następnie zetknie się w praktyce poliklinicznej z trudnościami, które nauczy się pokonać.

To samo naturalnie dotyczy także studentów, którzy w pracy poliklinicznej braliby udział.

Nie mniejszą korzyść miałyby również i rodzące. Przedewszystkiem w przypadkach nagłych pomoc mogłaby być danej osobie udzielona niemal natychmiast, a więc daleko szybciej, aniżeli wówczas, gdy wezwany lekarz, choćby nawet zaraz przybył, miałby czas pomoc tę zorganizować, ewentualnie przewieźć rodzącą na klinikę. Taka doraźna i dobrze zorganizowana pomoc niejednokrotnie zadecydowałaby o życiu matki lub dziecka.

Bardzo wielką korzyścią dla przeważającej liczby położnic byłoby to, że mogłyby połóg odbywać w domu. Od lat przeszło 30-stu pracuję w klinice położniczej lwowskiej i przez cały ten szereg lat stale spotykam się z tem, że wiele położnic 3-go, 4-go, a niejednokrotnie już następnego dnia po porodzie domaga się, aby je wypuścić do domu. Argumentują zaś i uzasadniają swe żądanie tem, że czują się zupełnie zdrowe, a mąż, zamiast iść do pracy, musiał pozostać w domu, aby zaopiekować się pozostałemi drobnemi dziećmi i pilnować domu. Do pewnego stopnia osoby te mają słuszność. Normalny połóg może bowiem każda z nich zupełnie dobrze odbywać w domu, zwłaszcza że miałaby zagwarantowaną opiekę lekarską ze strony pogotowia polikliniki w osobie praktykanta, a leżąc w łóżku, mogłaby dopilnować reszty dzieci i zwolnić w ten sposób męża od konieczności pozostania w domu.

Okoliczność ta ma doniosłe znaczenie społeczne, a między innemi zapobiegłaby przepełnieniu, jakie obecnie w klinikach i na oddziałach położniczych stale istnieje, i przyczyniłaby się choć w części do zmniejszenia wydatków na oddziały i kliniki położnicze. Bezpośrednią korzyść z urządzenia takiego pogotowia, jak z powyższego widać, miałyby zatem przedewszystkiem miasta uniwersyteckie. Nie ulega atoli wątpliwości, że dodatnie skutki musiałyby się zaznaczyć z konieczności i na prowincji, która zyskałaby położników dobrze przygotowanych już w czasie studjów uniwersyteckich, a następnie w czasie pobytu na klinice i pracy w poliklinice.

Pozostaje do omówienia strona materjalna tej sprawy. Nie sądzę, by ona napotkała na większe trudności, gdyż urządzenie wspomnianych kilku pogotowi wymagałoby niezbyt wielkich wydatków. Doraźnie jednorazowego wydatku wymagałoby sprawienie narzędzi i innych przyrządów jakoteż bielizny. Stały fundusz musiałby pokrywać koszta lekarstw, kompletowania bielizny i narzędzi, a nadto utrzymania przynajmniej 2 asystentów. Wydatki chyba nie wielkie, które nie obciążyłyby zbytnio budżetu państwa, o ile naturalnie myślelibyśmy czerpać je z tego źródła. Sądzę atoli, że rzecz tą możnaby skierować na inne tory. Mam na myśli mianowicie Kasy chorych. Instytucje te wydają przecież znaczne sumy na cele lecznicze swych członków, a między tymi wydatkami z pewnością poważną rubrykę stanowi opieka nad położnicami i pomoc przy porodach. Nie wiem, jaką kwotę rubryka ta przedstawia w budżecie kas chorych, ale jestem najmocniej przekonany, że wydatek na ten cel jest znacznie większy, aniżeli wynosiłyby koszta urządzenia i utrzymania pogotowia położniczego na sposób powyżej opisany. Możnaby więc wejść w porozumienie z odnośnymi czynnikami decydującymi i sprawę omawianą załatwić ku wielustronnemu zadowoleniu i z wielostronną korzyścią.

Nie mogę na zakończenie nie wspomnieć jeszcze o jednej, ważnej stronie omawianej sprawy.

Kasy Chorych z tytułu swego przeznaczenia będą musiały w przyszłości budować własne szpitale, aby członkom swym zagwarantować należytą opiekę. Że Kasy chorych zadanie swe w ten sposób, zresztą zupełnie słuszny, pojmują, widzimy z tego, że już dzisiaj tu i ówdzie zarządy ich budują własne szpitale, a między nimi i oddziały położnicze. Siłą faktu w przyszłości dojdzie do tego, że przeważająca część ludności, należąca do Kas chorych, korzystać będzie ze szpitali i oddziałów Kasowych, a wówczas nasze kliniki pozbawione zostaną materjału jeszcze w większej mierze, aniżeli to ma miejsce obecnie. Nie trudno pojąć, jakie to będzie musiało mieć następstwa. Wówczas o wyszkoleniu i praktycznem przygotowaniu praktykantów mowy być nie może, gdyż samo nauczanie studentów napotka na znaczne trudności wynikłe z braku materjału dydaktycznego.

Ten ostatni wzgląd zadecydował, że ośmieliłem się uwagi powyższe poddać pod rozwagę kolegów, gdyż sądzę, że chwila

obecna nadawałaby się jeszcze do załatwienia tej sprawy w myśl zasad powyżej przedstawionych. Jeśli bowiem sprawy tej nie załatwi się w najbliższej przyszłości, to trudno będzie myśleć o urzeczywistnieniu jej wówczas, gdy Kasy chorych pobudują już wszędzie własne szpitale. Wówczas powstaną trudności nie tyle ze strony zarządów Kas chorych, ile ze strony członków Kas chorych, którzy przywykną do szpitali Kasowych i nie zechcą być przedmiotem badania, a więc materjałem dydaktycznym, o który nam idzie. Kiedy zaś oswoją się z istnieniem takiej polikliniki i przekonają się, że instytucja ta zabezpiecza im należytą pomoc, poddadzą się istniejącemu stanowi rzeczy i pogodzą się z nim, widząc, że on im na dobre wychodzi. Przekonany jestem również, że i zarządy Kas chorych chętnie przyjmą współpracę takiej polikliniki. Współpraca ta bowiem spełni należycie pewną część zadań Kas chorych i ulży ich pracy, której i tak będą miały poddostatkiem.

Warszawa, dnia 23 października 1929 r.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych
Nr. Z. U. 4052/29.

Okólnik Nr. 229.

W sprawie podręcznych bibljotek lekarskich w szpitalach.

Do Panów Wojewodów.

Na podstawie materjałów z licznych inspekcyj szpitali, szczególnie prowincjonalnych, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych stwierdziło, że nie wszystkie szpitale dostatecznie dbają o podniesienie strony naukowej lecznictwa szpitalnego.

W miejscowościach, gdzie niema uniwersytetów, towarzystw naukowych lekarskich i bibljotek specjalnych, urządzanie w szpitalach choćby na mniejszą skalę fachowo-lekarskich bibljotek, składających się z odpowiednich dzieł naukowych i czasopism lekarskich, stanowić może wielką pomoc w codziennej działalności fachowej lekarza szpitalnego z korzyścią dla chorych, pobudzić go do samodzielnej pracy twórczej i wybitnie przyczynić się przez to do odświeżenia i uzupełnienia jego wiedzy fachowej, a nawet do pomnożenia naszego dorobku naukowego.

Bibljoteki takie będą również miały duże znaczenie dla młodych lekarzy, odbywających przepisową praktykę i dokształcających się w szpitalach.

Ponieważ nieznaczna tylko liczba szpitali prowincjonalnych posiada podręczne bibljoteki lekarskie i to zaopatrywane przeważnie sumptem samych lekarzy, przeto Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę o wywarcie wpływu na związki komunalne względnie inne instytucje, utrzymujące szpitale, aby do budżetów szpitalnych wstawiały odpowiednie kwoty na bibljoteki lekarskie.

Kwoty te nie powinny przewyższać 0.25 — 0,5% ogólnej sumy wydatków budżetu rocznego szpitala i być zużyte na zakupywanie naukowych dzieł medycznych i prenumeratę czasopism lekarskich i to w pierwszym rzędzie polskich.

Za Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia:
Adamski.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zgodnie z brzmieniem testamentu ś. p. Dr. Feliksa Sommera ogłasza stypendjum dla lekarza polaka, na prowadzenie badań i prac naukowych lekarskich i przyrodniczych z pierwszeństwem dla prac o charakterze monograficznym, lub na nagrodę za przedstawioną w rękopisie lub w druku nową nie nagrodzoną pracę w powyższym zakresie.

Wysokość stypendjum względnie nagrody wynosi złotych 835.

Termin nadsyłania podań ewentualnie prac do kancelarji Tow. Lek. Warsz., Niecała 7, upływa z dniem 31 stycznia r. 1930, godz. 12-ta w południe.

Do podania dołączyć należy: 1) curriculum vitae, z podaniem dotychczasowych studjów ewentualnie świadectwa przełożonego zakładu, w którym kandydat pracuje, 2) podanie planu, w jaki sposób kandydat zamierza zużytkować otrzymane stypendjum wzgl. nagrody, 3) ewent. nadesłanie dotychczasowych ogłoszonych prac, względnie przesłanie pracy w rękopisie, 4) zobowiązanie przedstawienia po roku sprawozdania z działalności z okresu korzystania ze stypendjum.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza, iż z funduszu im. Dr. Wacława Męczkowskiego wakuje konkurs za najlepszą pracę „z zakresu rozwoju szpitalnictwa w Polsce", złożoną w rękopisie Tow. Lek. Warsz., lub ogłoszoną drukiem w języku polskim w okresie od r. 1925 do 1 stycznia r. 1930.

Wysokość nagrody złotych 215.

Termin nadsyłania prac do kancelarji Tow. Lek. Warsz., Niecała 7, upływa z dniem 31 stycznia r. 1930, o godz. 12-tej w połud.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia, iż z funduszu im. ś. p. Dr. Henryka Dobrzyckiego wakuje nagroda w wysokości złotych 400, za pracę oryginalną, napisaną po polsku z zakresu balneologji, balneoterapji i klimatologji, uwzględniającą potrzeby kraju naszego t. j. Polski w jej dawnych z przed roku 1772 granicach, ogłoszoną drukiem w latach 1920 — 1930. Termin nadsyłania prac do kancelarji Tow. Lek. Warsz., Niecała 7, upływa z dniem 31 stycznia r. 1930 o godz. 12-tej w poł.

Kurs dla lekarzy szkolnych. Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego w porozumieniu z Dyrekcją Państwowej Szkoły Higjeny organizuje w czasie od 8 do 22 grudnia r. b. dla lekarzy kurs higjeny szkolnej.

Celem kursu będzie przedstawienie słuchaczom współczesnych kierunków opieki higjeniczno-lekarskiej nad szkołami, wytycznych walki z chorobowością wieku szkolnego, metod propagandy higjeny w szkole i przez szkołę oraz podstaw wychowania fizycznego.

Polskie Tow. Psychjatryczne Zarząd Główny. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego gorąco popiera myśl inicjatorów utworzenia funduszu stypendjalnego im. ś. p. prof. Rafała Radziwiłłowicza i przyjmuje na siebie rolę tymczasowego komitetu stypendjalnego.

Zarząd uprasza wszystkich pragnących się przyczynić do powstania powyższego funduszu o przesyłanie składek na ręce Skarbnika Towarzystwa, Dr. Eugenjusza Wilczkowskiego (Warszawa, Marszałkowska 63 m. 1, konto czekowe P. K. O. 6313).

Przy przesyłaniu ofiar należy określić cel powyższy i podać imię i nazwisko ofiarodawcy. Prezes Zarządu: (—) *Prof. Mazurkiewicz.* Sekretarz Zarządu: (—) *Dr. Handelsman.*

Odczyty w Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich. W dniu 8 b. m. na zebraniu odczytowem prezes Stowarzyszenia Dr. B. Jakimiak wygłosił dwa interesujące odczyty, które wywołały ożywioną dyskusję. 1) Wynagrodzenie, uposażenia i zabezpieczenia emerytalne lekarzy i ich rodzin. 2) Znaczenie i rola organizacyj społeczno-lekarskich w dobie obecnej.

Kraków.

Rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego wybrany został Prof. Dr. Henryk Hoyer.

Doc. Dr. Stanisław Hiller z Krakowa powołany został na katedrę histologji w Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie.

Dr. Stefan Bagiński habilitował się jako docent histologji w Uniwersytecie Wileńskim.

Lwów.

Posady do objęcia i miejscowości do osiedlenia się. 1) Wydział powiatowy w Gródku Jagiellońskim rozpisał konkurs na trzy posady lekarzy okręgowych z siedzibą w Gródku Jagiellońskim (23 gmin), Janowie (20 gmin) i Dąbrowicy (8 gmin). Podania należy wnieść najpóźniej do 30 listopada 1929 do Wydziału Rady powiatowej w Gródku Jagiellońskim. Posada w Janowie do objęcia od 1. I. 1930, posady w Gródku Jagiellońskim i Dąbrowicy od 1. IV. 1930. Bliższe warunki konkursu na tablicy ogłoszeń Izby Lekarskiej Lwowskiej.

2) Skierbieszów koło Zamościa w Województwie lubelskiem poszukuje lekarza. Jest to osada bogata; na miejscu poczta, szkoła siedmio-klasowa, kościół z siedmiotysięczną parafją i tyluż prawosławnymi. Lekarz najbliższy w miejscowości oddalonej o 12 km.

Skierbieszów może zapewnić lekarzowi do 1500 zł miesięcznie. Bliższe informacje w tamtejszej aptece T. Bortnowskiego.

Izba Lekarska Lwowska otrzymała od Stowarzyszenia lekarzy w Krynicy pismo następujące: Stowarzyszeniu Lekarzy w Krynicy wiadome są fakta, że lekarze, przyjeżdżający do Krynicy dla leczenia się, chcąc sobie pokryć koszta pobytu w Krynicy, zajmują się praktyką lekarską, bądźto przyjmując i badając chorych, bądźto robiąc zastrzykiwania i inne zabiegi lekarskie. Lekarze ci, nie będąc skrępowani wysokością honorarjów, uchwalaną co roku przez Stowarzyszenie, obniżają te honorarja, nie opłacają żadnych podatków z praktyki w Krynicy i uszczuplają dochody lekarzy w Krynicy, stale praktykujących i tylko z tych dochodów żyjących, którzy muszą ponosić bardzo wysokie koszta, związane z wykonywaniem praktyki w Krynicy.

Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy na posiedzeniu, odbytem w dniu 30 sierpnia 1929, uchwaliło zwrócić się do wszystkich Izb lekarskich z prośbą o powiadomienie swych członków, że tego rodzaju konkurencja, odbieranie chleba lekarzom, którzy stale w Krynicy praktykują, uważać będzie za czyn nieetyczny, z godnością lekarza nie zgadzający się, i wszelkie znane mu podobne wypadki będzie podawać do wiadomości Izb lekarskich.

Lwowskie Towarzystwo pomocy dla wdów i sierót po lekarzach składa serdeczne podziękowanie Gronu Panów Lekarzy Państw. Szpitala powszechnego we Lwowie za ofiarę 93zł, przeznaczoną na cele Towarzystwa zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dr. Jarosława Teliszewskiego.

Bibljoteka zawodowo-lekarska została utworzona przy Izbie z przeznaczeniem dla użytku członków Izby. Zarząd zwraca się z prośbą o ofiarowywanie do Bibljoteki wszelkich książek, pism i broszur z zakresu spraw zawodowych i społeczno-lekarskich, a można je składać w lokalu Izby lub wprost na ręce członka Zarządu kol. doc. Dra Reisa.

Zniżki do teatrów miejskich we Lwowie dla członków Izby są do nabycia w biurze Izby w godzinach urzędowych po 20 g za jeden kupon zniżkowy na wszystkie miejsca z wyjątkiem lóż.

Kronika żałobna Izby. W czasie od 1 stycznia 1929 r. z Członków Izby Lekarskiej Lwowskiej ubyli:

1) Dr. Włodzimierz Werbicki, Zniesienie, 1 stycznia.
2) Dr. Zdzisław Hordyński, Lwów, zmarł 12 stycznia, generał lekarz.
3) Dr. Eugenjusz Patryn, Mościska, 30 stycznia, lekarz powiat.
4) Dr. Emiljan Borys, Tarnopol, 24 lutego.
5) Dr. Tadeusz Rawski, Rozdół, 9 marca.
6) Dr. Izydor Hescheles, Lwów, 19 marca.
7) Dr. Marcin Reichenstein, Lwów, 30 marca.
8) Dr. Maksymiljan Mosler, Lwów, 7 kwietnia, referent Lwowskiego Urzędu Wojewódzkiego.
9) Dr. Henryk Lic, Brzozów, 9 kwietnia, długoletni lekarz pow.
10) Dr. Wiktor Legeżyński, Lwów, 22 kwietnia, b. zasłużony fizyk m. Lwowa.
11) Dr. Jan Porajewski, Sanok, 10 maja.
12) Dr. Tadeusz Praschil, Lwów, 17 czerwca, lekarz prakt. w Truskawcu.
13) Dr. Jan Hryniewiecki, Lwów, 30 czerwca.
14) Dr. Wiktor Natter, Frysztat, 1 lipca, b. przewodniczący Związku lekarzy okręgowych.
15) Dr. Dawid Reizes, Lwów, 18 lipca.
16) Dr. Jakób Przysłópski, Rzeszów, 20 lipca.
17) Dr. Tymoteusz Kulczycki, Dunajów, 31 lipca.
18) Dr. Juljan Bory, Drohobycz, 27 sierpnia, lekarz powiatowy.
19) Dr. Michał Martynowicz, Stanisławów, 1 września.
20) Dr. Zygmunt Pilecki, Lwów, 22 września.
21) Dr. Zygmunt Szajowicz, Grzymałów, 10 października.
22) Dr. Jarosław Teliszewski, Lwów, 30 października.
23) Dr. Alfred Braunn, Sambor, 31 października.

Obwód lwowski Związku Lek. P. P. zorganizował sekcję lekarzy kasowych w składzie: przewodniczącym kol. Doc. A. Dobrzański, członkowie kol. Kędzierski i Epler, sekcję lekarzy rządowych i samorządowych w składzie: przewodniczącym kol. prymar. Stan. Ostrowski, referent lekarzy samorządowych kol. A. Ćwikliński, ref. lek. asystentów Uniwersytetu kol. A. Piro ref. lek. szpitalnych kol. P. Cymbalistyj, ref. lek. szkolnych kol. M. Nowak-Przygodzka, ref. lek. kolejowych kol. Doc. A. Gruca, ref. lek. wojewódzkich kol. Kl. Kauczyński, ref. lek. wolnopraktykujących kol. M. E. Bikeles. Zainteresowani koledzy w sprawach zawodowych powinni zwracać się w swoich sprawach do kolegów referentów.

Ponadto pozyskał Obwód dwóch konsulentów prawnych w osobach mecenasów Dr. Juljusza Hirschberga, Krasickich 6, tel. 48-97., oraz Dr. Nowak-Przygodzkiego, Rutowskiego 7, tel. 27-62. We wszelkich sprawach prawnych mogą Członkowie zasięgać porad u jednego z powyższych Panów Konsulentów.

We wszelkich sprawach związkowych można zwracać się do sekretarza Obwodu kol. Eplera ul. Asnyka 2, tel. 54-08, w godzinach 8 — 10 i 5 — 7.

Pierwszy Miejski Ośrodek Zdrowia stworzył Zarząd Miasta Lwowa z dniem 15 września 1929 r. przy pl. Misjonarskim l. 2, który pracować będzie dla zaniedbanej pod względem sanitarnym dzielnicy III. Zostały już uruchomione następujące poradnie: przeciwgruźlicza, przeciwjaglicza, przeciwweneryczna, opieka nad matką i dzieckiem i poradnia dla dzieci niedorozwiniętych i t. d. Ośrodek niema na celu leczenia, lecz działalność zapobiegawczo-higjeniczną i propagandową a następnie także społeczną i jak najdalej idącą opiekę. Ośrodek ten jest tymczasowym: w r. 1930 zostanie przeniesiony do budowanego przez miasto gmachu obok rogatki Zamarstynowskiej. Jest on właściwie przeznaczony dla ludności gmin podmiejskich Zamarstynowa, Kleparowa i Zniesienia, gdzie obejmie również działalność sanitarno-porządkową. Fundacja Rockefellera i Ministerstwo Spraw wewn. subwencjonują ten Ośrodek, który ma być wzorowym w południowo-wschodniej części Rzeczypospolitej i służyć później do szkolenia personalu lekarskiego i pomocniczego sanitarnego.

Z kroniki żałobnej. W dniu 28 listopada b. r. zmarł we Lwowie Naczelnik Wydziału Zdrowia Województwa lwowskiego Dr. Szczepan Mikołajski w 69-ym roku życia.

Pogrzeb ś. p. Dra Szczepana Mikołajskiego odbył się dnia 30 listopada. W oddaniu ostatniej posługi zasłużonemu Zmarłemu wzięli udział: p. wojewoda Gołuchowski, jako przedstawiciel Ministerstwa spraw wewnętrznych, naczelnik wydziału Ministerstwa Dr. Jarmiński, szefowie wydziałów wojewódzkich ze Lwowa, i naczelnicy wydziałów wojewódzkich zdrowia ze Stanisławowa i Tarnopola, przedstawiciele Izby lekarskiej lwowskiej, Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, Polskiego Tow. higjenicznego we Lwowie, bardzo liczne grono lekarzy i publiczności.

Nad trumną wygłosili słowa ostatniego pożegnania imieniem Ministerstwa spraw wewnętrznych Dr. Jarmiński, imieniem Izby lekarskiej lwowskiej, Towarzystwa lekarskiego lwowskiego i Polskiego Towarzystwa higjenicznego we Lwowie naczelnik Izby Lekarskiej lwowskiej prof. Dr. Nowicki, imieniem Towarzystwa walki z gruźlicą prezes jego Dr. Zabłocki.

Z kraju.

Zdrojowiska krajowe: Rabka i Truskawiec otwierają z dniem 1 grudnia b. r. sezony zimowe.

Ze świata.

VI Międzynarodowy Kongres lekarski w sprawie wypadków i chorób zawodowych. Na skutek porozumienia pomiędzy Stałą Komisją Międzynarodową dla studjum medycyny zawodowej tudzież Stałą Międzynarodową Komisją dla chorób zawodowych odbędzie się w sierpniu 1931 roku w Genewie VI Międzynarodowy Kongres Lekarski dla sprawy wypadków i chorób zawodowych.

Porządek dzienny tego Kongresu obejmuje następujące kwestje:

1) Późniejsze skutki i ewolucja uszkodzeń stosu pacierzowego.
2) Uszkodzenia naczyń krwionośnych (arteritis i thrombophlebitis).
3) Zakażenia skóry w łączności z wypadkami zawodowymi.
4) Stan przed skutkami wypadków zawodowych.

Obok tego będzie na kongresie tym omawiana pewna liczba wolnych kwestji, których wybór pozostawiony jest autorom.

W kongresie uczestniczyć mogą wszyscy lekarze interesujący się sprawami wypadków i chorób zawodowych.

Wszelkich wyjaśnień udziela generalny sekretarz Kongresu Dr. C. G. Yersin, Rue du Rhône 1 w Genewie.